



MARCHE et DECOUVERTE

Association membre de la Fédération Française de Randonnée Pédestre (FFRP) - Numéro 02822

Bulletin d'adhésion 2026-2027

Coordonnées de l'adhérent			
Nom :		Prénom :	
Né(e) le		à	
Adresse			
N°		Rue :	
Information complémentaire si besoin (bâtiment, lieu-dit, etc.)			
CP		Ville :	
Téléphone <small>(portable / domicile)</small>		E-mail	
N° licence (en cas de renouvellement ou si vous êtes déjà licencié dans un autre club) :			
Personne à prévenir en cas d'urgence			
Nom :		Téléphone :	
E-mail :			

À l'occasion de votre adhésion ou de son renouvellement, vous avez à votre disposition sur notre site Internet (<https://www.marche-et-decouverte-mareil-marly.com/>) le règlement intérieur de l'Association loi 1901, « Marche et Découverte » qui précise différentes modalités de fonctionnement de l'Association, en particulier en apportant des précisions sur les règles de sécurité à respecter et les engagements financiers liés à des activités organisées par l'Association « Marche et Découverte »

Nous vous remercions de compléter le bulletin d'adhésion en cochant les cases correspondant à votre situation et de nous le transmettre, suivant les conditions stipulées en bas de ce document.

- J'ai reçu les informations permettant de lire le règlement intérieur de l'Association – Rubrique Adhérer/
Règlement intérieur du site Internet de l'Association
- Je m'engage à lire ce document et en appliquer les règles, afin d'assurer le bon fonctionnement de l'Association « Marche et Découverte »
- J'ai été informé que les statuts de l'Association sont disponibles sur le site Internet suivant :
(<https://www.marche-et-decouverte-mareil-marly.com/>)
- J'ai été informé que la licence IRA de la FFRP inclut une assurance couvrant la responsabilité civile du titulaire et les accidents corporels qu'il subit lors de cette activité.
- J'accepte de recevoir des informations de la Fédération Française de Randonnée Pédestre - FFRP (facultatif)

Certificat médical :

- **Pour la première adhésion** : Un Certificat médical d'Absence de Contre-Indications à la pratique (CACI) pour la pratique des activités de marche et de randonnée et activités connexes (loisirs et/ou compétition), datant de moins de six mois est **obligatoire pour toute première prise de licence** et à chaque reprise de licence après une interruption de deux saisons sportives ou plus.

Je dois fournir ce document au bureau de l'Association avant le 31 octobre de l'année en cours.

- **Pour le renouvellement annuel de la licence** : Le pratiquant **doit attester avoir pris connaissance du questionnaire de santé fourni par la FFRandonnée** (cf.ci-dessous)

En cas de réponse positive à une ou plusieurs questions, la commission médicale fédérale conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées (loisirs et/ou compétition), mais le certificat médical n'est plus exigé.

Ce questionnaire est la propriété du licencié et ne doit pas être montré au club ou à ses animateurs.

J'atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé et avoir :

Répondu « **NON** » à toutes les questions

Répondu « **OUI** » à une ou plusieurs questions. Dans ce cas, j'atteste avoir pris connaissance que la commission médicale me conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées, tout en sachant que le certificat médical n'est plus exigé par la FFRP.

Fait à : le.....

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »:

Merci d'envoyer ce document de préférence par mail à l'adresse suivante : marchedecouverte78750@gmail.com

Si vous ne le pouvez pas, merci de nous remettre une version imprimée de ce document, afin que nous puissions le scanner et l'archiver dans notre base de données.

Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à la FFRP et au bureau de l'Association « Marche et Découverte » en particulier pour l'établissement de la licence IRA annuelle pour la pratique de la randonnée pédestre.

Tout ou partie de ces informations peuvent être transmises à des partenaires de ces organismes, notamment dans le cadre de séjours, visites et autres manifestations mis en place à l'initiative de l'association.

Les informations relatives aux coordonnées téléphoniques et informatiques sont accessibles à tous les membres de l'association, uniquement par diffusion restreinte par mail d'une liste d'adhérents.

Mentions complémentaires :

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à l'association « Marche et Découverte »

Le questionnaire ci-dessous, vous engage personnellement et n'est pas à remettre au bureau de l'Association.

8 QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



Renouvellement de licence de la FFRandonnée

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À ce jour		
10) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique.