



Bulletin individuel d'adhésion 2020/2021

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Adresse e-mail : _____

Choix	Type d'adhésion	Licence	Adhésion	Total
	Godillot Pornicais + Licence FFRP (IRA) + RC + assurance accidents	28.00	12.00	40.00
	Cotisation seule avec licence prise dans une autre association (joindre une photocopie de la licence et du certificat médical)		12.00	12.00
	Abonnement annuel facultatif à Passion Rando (magazine de la FFRP)	8.00		8.00
	Montant total à régler suivant votre choix →			

Règlement par chèque libellé à l'ordre du Godillot Pornicais, à déposer dans la boîte aux lettres de la Maison des Associations 4 rue de Lorraine 44210 PORNIC accompagné du **bulletin individuel d'adhésion** et du **certificat médical** pour une nouvelle adhésion. En cas de renouvellement, un certificat datant de moins de trois ans est accepté si l'attestation de réponse au questionnaire de santé (Annexe 2) est fournie.

(N.B. : ne pas joindre l'annexe 1 qui est un document médical strictement confidentiel)

L'inscription ne peut être enregistrée qu'à la réception de ces trois pièces.

Par l'inscription, Le Godillot Pornicais s'autorise à diffuser des photos prises dans le cadre des activités de l'association afin d'illustrer ses supports d'information.

Si vous refusez d'apparaître sur ces photos, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association (adresse mail : secretariat.pornicgodillot@gmail.com).

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et de ses consignes de sécurité et m'engage à m'y conformer et à les respecter.

Je suis volontaire pour organiser ou encadrer une randonnée : **OUI** **NON** *(rayer la mention inutile)*

Date :

Signature :

Adresse postale : **Le Godillot Pornicais - Maison des Associations – 4 rue de Lorraine – 44210 PORNIC**

Site web : <https://www.godillotpornicais.fr/>

Données personnelles : les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association (adresse mail : secretariat.pornicgodillot@gmail.com).

Annexe 1 - Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS-Sport »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*

Durant les 12 derniers mois

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

À ce jour

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 7) 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...) survenu durant les 12 derniers mois ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

**N.B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez (Annexe 2), selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Annexe 2 - Attestation de réponse au questionnaire de santé

Ce document doit être fourni par le licencié à son club qui le conservera, lors du renouvellement de sa licence.

Attestation pour les pratiquants majeurs :

Je soussigné M/Mme, atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir :

*Cocher la case correspondant à votre réponse

Répondu NON à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence.

Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

Date :

Signature

- Attestation pour les pratiquants mineurs :

Je soussigné M/Mme, en ma qualité de représentant légal de, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu'il/elle a :

*Cocher la case correspondant à votre réponse

Répondu NON à toutes les questions ; je fournis cette attestation à son club lors de son renouvellement de licence.

Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de son renouvellement de licence.

Date :

Signature du représentant légal