



Les Randonnées Serrissiennes

Bulletin d'adhésion

Saison 2023/2024

Cotisation Annuelle Individuelle Adulte	: 49,25 €
Cotisation Annuelle Couple	: 98,30 €
Cotisation Annuelle Famille (à partir de deux adultes et un enfant à charge)	: 100,30 €
Supplément foyer hors Serris	: 5 €

A COMPLETER

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Adresse :

Tél et portable : Adresse e-mail (écrire lisiblement) :

Demande à adhérer à l'Association « Les Randonnées Serrissiennes »

Ainsi que mon conjoint : né(e) le :

Et mes enfants :

Nés le :

Nouvel adhérent : je m'engage à fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée pour chacun des personnes que j'inscris. Cet engagement est valable pour mon conjoint et mes enfants cités ci-dessus

Renouvellement : je m'engage à fournir le questionnaire de santé ci-joint dûment rempli

J'ai pris connaissance du règlement de l'association et je m'engage à le respecter.

(règlement disponible sur le site)

Tableau à compléter au verso



Adhésion annuelle (règlement à l'ordre des « Randonnées Serrissiennes »)

	Tarif unitaire	Nombre d'inscriptions	Montant Total
Cotisation Annuelle Individuelle Adulte	21		
Cotisation FFR *	28,25		
Foyer hors Serris (supplément)	5		
Cotisation Annuelle Famille **	44	1	
Cotisation FFR famille*	56,30	1	
Foyer hors Serris (supplément)	5	1	
TOTAL A PAYER			

* si déjà adhérent à la FFR, merci d'indiquer le numéro

** à partir de deux adultes et un enfant

Exemples :

Pour une personne seule habitant Serris :	$21 + 28,25 = 49,25 \text{ €}$
Pour une personne seule n'habitant pas Serris :	$21 + 28,25 + 5 = 54,25 \text{ €}$
Pour un couple habitant Serris	$42 + 56,30 = 98,30 \text{ €}$
Pour un couple n'habitant pas Serris	$42 + 56,30 + 5 = 103,30 \text{ €}$
Pour une famille habitant Serris :	$44 + 56,30 = 100,30 \text{ €}$
Pour une famille n'habitant pas Serris :	$44 + 56,30 + 5 = 105,30 \text{ €}$

J'autorise l'association « les Randonnées Serrissiennes » à prendre des photos lors des différentes manifestations et à les mettre sur notre site Internet oui non

A le.....

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé saison 2023/2024

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 inexplicée ?	<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) 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Nom :

Prénom :

Date :

Signature

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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.