



# Les Randonnées Serrissiennes

## Bulletin d'adhésion

Saison 2024/2025

Cotisation Annuelle Individuelle Adulte .....	: 51,85 €
Cotisation Annuelle Couple .....	: 103,50 €
Cotisation Annuelle Famille (à partir de deux adultes et un enfant <u>à charge</u> ) .....	: 105,50 €
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 ou certificat médical périmé (plus de 3 ans) : 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 remplir et à conserver le questionnaire de santé ci-joint (ne pas le joindre à l'adhésion). Si j'ai répondu 'OUI' à au moins une des questions je m'engage à consulter un médecin et à fournir un nouveau certificat médical à l'association.**

**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 <b>Individuelle</b> Adulte	21		
Cotisation FFR *	30,85		
Foyer hors Serris (supplément)	5		
Cotisation Annuelle <b>Famille</b> **	44	1	
Cotisation FFR famille*	61,50	1	
Foyer hors Serris (supplément)	5	1	
<b>TOTAL A PAYER</b>			

\* 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 :	$21 + 30,85 = 51,85 \text{ €}$
Pour une personne seule n'habitant pas Serris :	$21 + 30,85 + 5 = 56,85 \text{ €}$
Pour un couple habitant Serris	$42 + 61,50 = 103,50 \text{ €}$
Pour un couple n'habitant pas Serris	$42 + 61,50 + 5 = 108,50 \text{ €}$
Pour une famille habitant Serris :	$44 + 61,50 = 105,50 \text{ €}$
Pour une famille n'habitant pas Serris :	$44 + 61,50 + 5 = 110,50 \text{ €}$

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

J'accepte de figurer sur le trombinoscope consultable uniquement par les adhérents sur le site Internet de l'association      oui       non

J'accepte d'être membre du groupe privé Whatsapp de l'association      oui       non

A ..... le.....

**Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »**



## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé saison 2024/2025 (à conserver)

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

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.