

ADHÉSION  RÉADHÉSION  à l'APIEDS saison : 2022/2023  
avec licence FFRandonnée

écrire lisiblement SVP afin de limiter les erreurs

NOM : ..... Naissance  
Date : ..... Lieu : .....  
Prénom : ..... Pays : .....  
Nationalité .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable.....

e-mail : .....

**Pour une adhésion familiale, les autres membres concernés**

NOM : ..... Naissance  
Date : ..... Lieu : .....  
Prénom : ..... Pays : .....  
Nationalité .....

e-mail : ..... Téléphone : .....

NOM : ..... Naissance  
Date : ..... Lieu : .....  
Prénom : ..... Pays : .....  
Nationalité .....

e-mail : ..... Téléphone : .....

Personne à prévenir en cas de problèmes : .....

.....

N° de téléphone : .....

**INDIVIDUELLE :**

Avec assurance **Responsabilité Civile uniquement** = 30 €

Avec assurance **Responsabilité Civile + accidents corporels** = 32 €

**FAMILIALE :**

Avec assurance **Responsabilité Civile uniquement** = 52 €

Avec assurance **Responsabilité Civile + accidents corporels** = 56 €

Abonnement magazine "Passion rando" 10 €/an : oui  non  (avec adhésion)

**Virement sur le compte d'A.P.I.E.D.S. avec motif** ou par chèque ou espèces  
**ET envoi du bulletin d'adhésion + questionnaire santé et attestation**  
**« questionnaire santé » ou certificat médical**  
par mail à [apieds29@gmail.com](mailto:apieds29@gmail.com) ou remis à membre du CA

Je souhaite recevoir la lettre de l'APIEDS par mail  courrier

J'accepte de recevoir la newsletter de la FFRandonnée : OUI  NON

J'accepte de recevoir les mails infos des partenaires FFR : OUI  NON

**NOUVELLE ADHÉSION : joindre obligatoirement un certificat médical**

**RENOUVELLEMENT ADHÉSION avec un certificat médical transmis à APIEDS (validité 3 saisons consécutives)**, vous devez répondre au questionnaire santé sans l'adresser à l'association (voir page suivante) :

- si vous répondez « NON » à toutes les questions et que vous l'attestez, vous êtes dispensé de présentation d'un nouveau certificat médical ;
- si vous répondez « OUI » à au moins une des questions, ou si vous refusez d'y répondre, vous devez présenter lors de votre adhésion un certificat médical datant de moins d'un an au jour de la prise de licence.

**ATTESTATION « QUESTIONNAIRE SANTÉ »**

Je, soussigné(e), Mme / M.....  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu NON à toutes les questions.

A ....., le

Signature

**FFR (site) QUESTIONNAIRE DE SANTÉ à répondre par OUI ou NON\***  
**DONNÉES PERSONNELLES : NE PAS L'ADRESSER A L'ASSOCIATION**

***Durant les 12 derniers mois***

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? OUI  NON
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? OUI  NON
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? OUI  NON
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? OUI  NON
- 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  NON
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI  NON

***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 ? OUI  NON
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? OUI  NON
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? OUI  NON

**\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**