



**ADHÉRENT ATSCAF DU TARN**

# LICENCE LOISIR SANTE

## MARCHE NORDIQUE

### **BULLETIN D'ADHÉSION 2018 - 2019**

#### **● COORDONNEES PERSONNELLES**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F – M  
Date de naissance :     /     / \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Votre téléphone mobile : \_\_\_\_\_  
Votre adresse Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

***Toutes informations seront faites par mail (adresses cachées)***

#### **● CERTIFICAT MEDICAL**

▶ **Première adhésion** : Fournir un certificat médical portant obligatoirement la mention suivante : «non contre indication à la pratique de la marche nordique».

▶ **Renouvellement** : **A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**

J'ai déjà rempli le questionnaire médical sur le site de la FFA.

Je ne l'ai pas fait donc je remplis le questionnaire médical ci-dessous (*barrer la mention inutile*)

- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? **OUI - NON**
- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? **OUI - NON**
- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? **OUI - NON**
- Avez-vous eu une perte de connaissance ? **OUI - NON**
- 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**
- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? **OUI - NON**
- A ce jour, 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**
- A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? **OUI - NON**
- A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? **OUI - NON**
- ▶ Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical **OUI - NON**

▶ **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, certificat médical à fournir, consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire.**

● **COTISATION ANNUELLE : 150 €**

TARIF FAMILLE : 150 € LA 2<sup>ÈME</sup> LICENCE, 120 € LA 3<sup>ÈME</sup>, 120 € LA 4<sup>ÈME</sup>

**Règlement** : Par chèque(s) (possibilité de paiement en plusieurs fois : JOINDRE LA TOTALITE DU PAIEMENT en précisant date d'encaissement au dos de chaque chèque), Chèques-vacances acceptés.

● **EQUIPEMENT**

- Le tee-shirt du club sera offert si premier renouvellement de la licence.

▶ Entourer la taille : S M L XL XXL

● **AUTORISATION / ENGAGEMENT**

● Autorisation à l'image

Le (la) soussigné(e), autorise le club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)

● Engagement

En signant ce bulletin d'adhésion, j'accepte les règles de vie figurant sur le site du Club. .

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature ,

**Remettre ce bulletin d'adhésion + règlement licence + certificat médical pour les nouveaux .**

**ATTENTION : tout dossier incomplet ne sera pas accepté.**