

ADHESION
Saison 2025-2026



Je soussigné(e)

Né(e) le

ADRESSE :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe :

Tel portable :

Adresse e-mail :

Demande mon adhésion à l'association LAROQUE RANDO, club affilié à la FFRP

J'ai noté que la loi N° 84-610 du 16 Juillet 1984 fait obligation aux associations d'une fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents. En outre, je déclare être en bonne condition physique, ne pas suivre de traitement médical pouvant m'interdire la marche, notamment en montagne, et m'engage à être convenablement équipé (chaussures de marche, vêtements adaptés,...) pour les activités auxquelles je participerai.

A

Le

Signature :

Tarif de l'adhésion à l'Association avec licence IRA de la FFRP pour la randonnée : 47 €

Tarif de l'adhésion à l'Association pour les non-randonneurs ou ceux détenant déjà la licence IRA : 16 €
n° Club

Attention: CERTIFICAT MEDICAL de non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre, datant de moins d'un an au jour de la prise de licence, obligatoire pour toute première prise de licence.

Demande de licence validée à réception du dossier complet (certificat médical obligatoire*)

dossier à envoyer avec un chèque libellé à l'ordre de LAROQUE RANDO chez

Annie TURZ - 33 avenue des Baléares 66740 LAROQUE DES ALBERES

- ☐ Ci-joint attestation de réponse au questionnaire de santé (si certificat médical de plus de 1 an)
- ☐ Je reconnais avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur de l'Association LAROQUE RANDO.
- ☐ Je souhaite m'abonner aux 4 numéros de RANDO PASSION MAGAZINE de la Fédération Française de Randonnée Pédestre pour **10 € par an**.
- ☐ Conformément à la loi Informatique et Liberté, j'autorise Laroque Rando à utiliser, à des fins non commerciales, les photos prises lors des diverses manifestations.

J'ai connu Laroque Rando par :

Office du Tourisme de Laroque	Site Internet Laroque des Albères	Site Internet de Laroque Rando	
Site Internet de la Fédération Randonnée	Site Internet du Comité 66	Autres (à préciser)	
Bulletin Municipal	Journal l'Indépendant		

* Certificat (Rando Challenge® avec mention pour la pratique en Compétition) valable 3 ans si fourniture de l'attestation au questionnaire de Santé (à compléter page 3)

Plus d'infos sur site Internet Laroquerando où FFRando



Renouvellement de licence de la FFRandonnée

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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 inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Etes-vous enceinte ?	☐	☐
Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	☐	☐
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	☐	☐
Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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...)	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique



ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je, soussigné(e), Mme / M

Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé et avoir

- ☐ 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) : j'atteste avoir pris connaissance que la commission médicale me conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées (loisirs et/ou compétition) tout en sachant que le certificat médical n'est plus exigé.

DATE ET SIGNATURE