

QUESTIONNAIRE DE SANTE

à remplir obligatoirement pour tout membre non licencié à la F.S.C.F. Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire SANTE-SPORT rempli le

NOM/PRENOM.....

Date de naissanceLieu.....

Nationalité.....

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, etc...) survenus durant les derniers douze mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir sauf interruption au cours de la période des trois années. Complétez et signez l'attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conservez).



Section RANDONNEE

2 place André Javerzac

24100 BERGERAC



REJOIGNEZ-NOUS !

A PARTIR DU 15 SEPTEMBRE 2022

Randonnées loisirs
Une randonnée hebdomadaire
Une randonnée dominicale mensuelle



Cotisation annuelle
Accès illimité aux
randonnées

INSCRIPTIONS

SECRETARIAT DES ENFANTS DE France DE BERGERAC

du lundi au vendredi de 14 h à 16 h

☎ 05.53.57.74.28

✉ enfants.de.france@orange.fr

Philippe BOUTOLLEAU

☎ 06.12.64.59.18

✉ ph.boutolleau@orange.fr

PARTICIPATION

A compter du 1^{er} septembre 2022, il est demandé pour la saison 2022/2023 une cotisation annuelle :

Adhérent(e) des E. F.B **23 €**

Non adhérent(e) **43 €**

Section RANDONNEE - Bulletin d'adhésion

Mme

Melle

M.

NOM.....PRENOM.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE.....

Code postal..... Ville.....

☎..... 📠.....

e.mail (en majuscules).....

Personne à contacter :

Renseignements que vous souhaitez porter à l'attention des dirigeants :
.....

Adhérent(e) E.F.B.

OUI Section :

NON

☞ **nouveau membre : certificat médical obligatoire**

☞ **membre saison dernière : attestation de santé dûment complétée**

DROIT à L'IMAGE : Dans le cadre des activités de notre section, vous serez probablement amené(e) à être filmé(e) ou photographié(e). Nous ne pouvons diffuser des images qu'avec votre accord. Vous voudrez bien nous faire savoir, ci-dessous, si vous acceptez ou non la diffusion de votre image.

Je, soussigné(e)

AUTORISE / **N'AUTORISE PAS** LA DIFFUSION DE L'IMAGE DANS LE CADRE DES ACTIVITES DE L'ASSOCIATION.

ATTESTE SUR L'HONNEUR AVOIR REPONDU NEGATIVEMENT A TOUTES LES RUBRIQUES DU QUESTIONNAIRE DE SANTE.

A, le

(Signature du randonneur)