

## 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 naissance .....Lieu.....

Nationalité.....

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
<b>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS</b>		
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"/>
<b>A CE JOUR</b>		
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 5 SEPTEMBRE 2024**

Randonnées loisirs  
Une randonnée hebdomadaire  
Une randonnée dominicale mensuelle

Accompagnants  
Parcours locaux  
Découverte culturelle

Cotisation annuelle  
Accès illimité aux  
randonnées



Convivialité,  
Bonne humeur,  
Accessible à tous

## 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](mailto:enfants.de.france@orange.fr)

Philippe BOUTOLLEAU

☎ 06.12.64.59.18

✉ [ph.boutolleau@orange.fr](mailto:ph.boutolleau@orange.fr)

# PARTICIPATION

A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024, il est demandé pour la saison 2024/2025 une cotisation annuelle :

**Adhérent(e) des E. F.B ..... 23 €**

**Non adhérent(e) ..... 43 €**



BERGERAC



## **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)