

Bien vivre à Saint Alban Leysse Groupe de Randonnée



Inscription et adhésion à la FFRandonnée

2025-2026

Pour randonner avec nous, **en plus** de l'adhésion à BVSA, **vous devez impérativement souscrire une licence avec assurance à la FFRandonnée.**

Si vous êtes licencié dans un autre club pour 2025-2026, merci de remplir le bulletin d'adhésion, en notant votre N° d'adhérent et le club par lequel vous avez adhéré.

Tarifs des licences avec assurance :

Type de licence	Prix
IRA (Individuelle avec Responsabilité Civile et Accidents Corporels)	30.85€
IMPN (Individuelle Multi loisirs Pleine Nature)	42.90€
FRA (Familiale avec Responsabilité Civile et Accidents Corporels)	61.50€
FMPN (Familiale Multi loisirs Pleine Nature)	85.60€

Le tableau détaillé des garanties est consultable sur le site de la FFRandonnée :

[Adhérer - Fédération Française de la Randonnée Pédestre \(ffrandonnee.fr\)](http://ffrandonnee.fr)

ATTENTION, TRES IMPORTANT :

Merci de remplir le bulletin d'adhésion à la FFRandonnée, ci-dessous, ainsi que le bulletin d'adhésion à l'association BVSA et de les remettre, à votre encadrant accompagnés du règlement en **deux chèques différents** à l'ordre de BVSA, au plus tard après 2 sorties.

Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre daté de moins de 1 an est requis **pour la première inscription ou après une interruption de deux saisons ou plus**. Pour les adhérents existants et n'ayant pas interrompus leur adhésion plus de 2 ans, le bulletin d'inscription à la FFRandonnée comporte une attestation sur l'honneur d'avoir lu et compris les conseils de santé et de prendre ou d'avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la FFRandonnée sans risque pour sa santé.

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

**Bulletin d'adhésion à la FFRandonnée pour la Section
Randonnée de BIEN VIVRE A ST ALBAN-LEYSSE pour
2025-2026**

NOM : **Prénom** :

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

Code postal : **Ville** :

Téléphone portable (obligatoire pour être joint en rando) :

Adresse e-mail : (écrire lisiblement svp) :

Date du certificat médical:

En cas d'adhésion familiale, indiquer les noms et prénoms des autres membres de la famille y compris les petits enfants si besoin est :

.....Né(e) le/...../.....

.....Né(e) le/...../.....

J'atteste sur l'honneur avoir lu et compris les conseils de santé de la FF Randonnée et prendre ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités du club sans risque pour ma santé.

Je renouvelle mon adhésion à la FFRandonnée

J'adhère à la FFRandonnée dans un autre club : Je joins une photocopie de ma licence à jour. Je note à quel club et mon N° d'adhérent :

Type d'assurance choisie (entourer la formule) :

IRA	IMP	FRA	FMP
30.85€	42.90€	61.50€	85.60€

Abonnement à Passion Rando : 10 € : Oui Non

Rappel : Merci de rédiger votre chèque d'adhésion à l'ordre de BVSA

Coordonnées téléphoniques de la personne à joindre en cas de besoin lors d'une sortie:.....

Je reconnais avoir été informé(e) des formalités à accomplir en cas d'accident.

Je reconnais avoir lu la charte de l'Activité randonnée ; j'en accepte les principes.

Fait à : Le..... /..... /.....Signature :

Association BIEN A VIVRE A SAINT ALBAN – LEYSSE : Adhésion 2025-2026

NOM :

PRENOM

Adresse mail (écrire TRES lisiblement SVP) :

Téléphone (mobile de préférence) :

Rue :

Localité :

Le tarif de base de 12 € permet de pratiquer plusieurs activités. Le règlement est à remettre en même temps que cette fiche d'adhésion, auprès de l'animateur concerné.

Activités pratiquées (plusieurs choix sont possibles) ; cochez les cases correspondantes :

- Randonnée : **Attention** il faudra prévoir une assurance supplémentaire pour pratiquer

- Anglais Soirées projections au CHS de Bassens
- Conversation italienne Santé autonome

- Peinture Atelier Magix

En vertu de la nouvelle loi sur la protection des données personnelles du 25 mai 2018, acceptez-vous que vos données personnelles soient recueillies et conservées en vue de tenir à jour notre fichier adhérents (merci de cocher la case oui ou non) :

oui **non**

Droit à l'image : Acceptez-vous que l'association utilise des photos vous représentant : **oui** **non**

Date :

Signature :



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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À ce jour		
10) 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...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

