

# Run & Tri

## Voves

### Fiche d'inscription adulte 202 /202

#### Renseignements :

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Sexe : F ☐ / M ☐

Adresse :

Code postal :  Ville :

Réside ☐ dans la commune de Voves ☐ hors de la commune de Voves

Téléphone :  Mail :

#### Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :  Prénom :

Téléphone :

#### Acceptation des statuts de l'association :

Je soussigné(e), ,

licencié au club Run&Tri, représenté(e) le cas échéant par

Mr/Mme

représentant légal. Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

#### Droit de diffusion d'images :

Je soussigné(e), ,

licencié au club Run&Tri, représenté(e) le cas échéant par

Mr/Mme

représentant légal. Autorise Run&Tri à diffuser les images sur lesquelles le/la licencié(e) apparaît.

Lu et approuvé le :  à



Signature de l'adhérent :

**Attestation :**

**tenu adaptée à la course à pied de nuit**

Je sous signé (nom, prénom)

adhérent de l'association Run&Tri.

Atteste avoir pris connaissance de l'obligation du port d'une tenu ou d'un système réfléchissant ou lumineux adapté à la pratique de la course à pied de nuit.

Je m'engage à pratiquer cette discipline avec cette tenu ou ce matériel adapté et n'entrainerai aucune responsabilité envers l'association en cas d'accident.

Signature :



## Renouvellement de d'une fédération sportive (d'après le cerfa n° 15699\*1)

### Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| 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) 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"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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...) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) 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 NON à toutes les questions :                                                                                                                                                     |
| Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence. |

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :                                         |
| Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. |

Signature :

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

