



BULLETIN D'ADHESION 2023-2024

1er novembre 2023 au 31 octobre 2024

NOM		Prénom	
ADRESSE		Né(e) le	
CODE POSTAL		Courriel	
VILLE		Téléphone	
Personne à prévenir en cas d'accident		Téléphone	

Cotisation club	Montant	Cotisation club famille
- 8 ans au 1er sept	Gratuit	Avec enfants de moins de 25 ans vivant sous le même toit. Prix forfaitaire 100€
-18 ans au 1er sept	21 €	
18 ans et plus	42 €	

- J'ai souscrit une assurance qui me couvre pour la pratique de tous les sports que je pratique en montagne avec le club.
(par une assurance personnelle ou par l'ANCEF, environ 20 €. info: <https://www.passeportmontagne.com>)
- Je déclare avoir pris connaissance des statuts du club et y adhérer.

- Règlement :**
- En espèces
 - Par chèque, à l'ordre de ALPES-CLUB
 - Par virement

RIB Alpes-Club :

Identification du compte pour une utilisation nationale			
13825	00200	08777620734	07
<small>clétab^a</small>	<small>clguichet</small>	<small>n/compte</small>	<small>clrice</small>

Domiciliation

CERA	(00200)	CEPAFRPP382
------	---------	-------------

BIC

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)						
FR76	1382	5002	0008	7776	2073	407

Intitulé du compte

Contact:

ALPES-CLUB

10 chemin de la Cabrière

38100 GRENOBLE

contact@alpesclub.fr

Site internet: alpesclub.fr

J'autorise Alpes-Club à :

- Utiliser les données fournies dans ce formulaire à des fins d'organisation interne du club. oui non
- Transmettre ces données (adresse, numéro de téléphone et courriel, etc.) à l'ensemble des adhérents, afin de faciliter l'organisation des sorties proposées par le club. oui non

J'autorise Alpes-Club à diffuser des images de ma personne prises dans le cadre d'activités du club :

- Sur la liste de diffusion interne, le site internet, la page facebook, le flyer de présentation. oui non

Données personnelles :

Conformément à la loi informatique et libertés, vous pouvez exercer votre droit d'accès à celles-ci et les faire rectifier.

Contact: cjp.ballay@gmail.com

Date : **Signature :**

QUESTIONNAIRE DE SANTE AU DOS

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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

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 :