

ENCOUNGOURA

Section Rando de l'USB

Edward MACELKO
Quartier Risolet 2
04140 MONTCLAR
07 61 04 65 75
ed.macelko@orange.fr

Le 22/09/2022

Chers amis,

Pour les cotisations et licences de la nouvelle saison 2022-2023 qui a commencé le 1^{er} septembre 2022, je vous adresse ci-dessous divers documents :

1. Appel de cotisations :

La cotisation du club est inchangée à 15.00 € par personne. Il convient de rajouter la licence :

- Individuelle (IR -IRA et IMPN)
- Familiale qui couvre également le conjoint, concubin ... et les enfants (FR - FRA et FMPN).

L'assurance incluse dans la licence peut couvrir différents niveaux de risque selon le choix de l'adhérent :

- La responsabilité civile (IR – FR)
- La responsabilité civile et les accidents corporels (IRA – FRA)
- La responsabilité civile et les accidents corporels avec extension à d'autres activités de nature (IMPN – FMPN)

2. Questionnaire santé : ce document est à compléter et à conserver. Ne pas me l'envoyer.

3. Attestation questionnaire de santé : Une attestation est reproduite en page Adhésion. Pour les licences « famille », le document *Attestation questionnaire de santé* est à utiliser pour les personnes supplémentaires : il faudra m'envoyer une attestation par personne.

Remarque : L'attestation de santé n'est nécessaire et suffisante QUE SI l'adhérent a déjà fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans. Si ce n'est pas le cas, il faut fournir un certificat médical **et ne pas envoyer d'attestation de santé.**

4. Certificat médical : modèle (non obligatoire) à faire compléter par votre médecin si vous ne produisez pas **Attestation questionnaire de santé ou si votre dernier certificat médical est antérieur à 2020.**

Documents à me retourner :

Je vous prie de compléter la page du document *Adhésion Encourgoura* et de me le faire parvenir soit par mail (préférable), soit par courrier à mon adresse ci-dessus.

Ce document sera accompagné d'un certificat médical si l'attestation n'est pas complétée ou si le dernier certificat date de plus de 3 ans (antérieur à 2020).

Pour les licences « Famille », joindre une *attestation questionnaire de santé* ou une *attestation médicale* par personne supplémentaire.

Règlement :

Pour le règlement, j'ai une préférence pour le virement bancaire (indiquez votre nom dans la zone correspondance) : RIB ci-dessous.

Vous pouvez aussi me faire parvenir un chèque, libellé à l'ordre de l'Encourgoura.

		RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE	
Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.			
PROVENCE COTE D AZUR		21/09/2018	
C.A. SEYNE LES ALPES		00838	
Tel. 0413360049 Fax. 0492351767			
Intitulé du Compte : ASSOC. USB SECTION PEDESTRE			
MAISON DES JEUNES			
04140 SEYNE LES ALPES			
DOMICILIATION			
Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
19106	00838	43619280467	79
IBAN (International Bank Account Number)			
FR76	1910	6008 3843	6192 8046 779
Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift:			
AGRIFRPP891			

Information complémentaire sur les assurances :

La cotisation minimale est le niveau IR/FR (sans garantie dommages corporels 25,85 +15 soit 40,85€) , mais, pour une différence de cotisation minime, le niveau IRA/FRA offre des garanties d'assurance en cas de dommages corporels, soit en individuel : 28 + 15 (cotisation club) = 43€

Le niveau IMPN/FMPN est adapté si vous pratiquez d'autres activités de plein air (via ferrata, randonnées techniques, ski de descente , de fond , de randonnée , etc...) , soit en individuel avec assurance dommages corporels : 38 + 15 = 53€.

Des options sont également possibles (capital décès, indemnités journalières, aide à domicile, extension de garantie rapatriement à l'étranger ...). Pour toute question concernant vos garanties d'assurance, contactez :

WILLIS Towers Watson France
Département Sport et Evènement
Immeuble 33 quai De Dion Bouton
CS70001 – 92814 PUTEAUX
Tel : 09 72 72 01 19 – ffrandonnee@grassavoye.com

Amicalement

Edward.MACELKO
Trésorier

Adhésion ENCOUNGOURA

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tel fixe : Tel mobile :

Date naissance :

Mail :

Communication à la FFRandonnée :

Email :

Oui ☐

Non ☐

Téléphone fixe :

Oui ☐

Non ☐

Téléphone mobile :

Oui ☐

Non ☐

	Individuelle	Familiale	TOTAL
Cotisation club (IR/FR)	15.00	30.00	
Licence avec RC (IR/FR)	25,85	51.25	
Licence avec RC et Assurance Corporelle((IRA/FRA)	28.00	55.80	
Multirisque pleine nature (IMPN/FMPN)	38.00	75.80	
Revue PASSION RANDO 1 an/ 4 numéros	10.00		
Revue PASSION RANDO 2 ans/ 8 numéros (il doit rester 5 numéros à servir au maximum)			
TOTAL	////////	////////	

Pour la description des différentes formules d'assurance, vous reporter au site ffrandonnee.fr

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je soussigné(e) Mme/M

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé (voir page suivante) et avoir

☐ Répondu **NON** à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence

☐ Répondu **OUI** à une ou plusieurs questions ; je fournis le certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

DATE et SIGNATURE

7 QUESTIONNAIRE DE SANTÉ QS – SPORT



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

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 ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<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.



Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

Modèle 2015 proposé par la commission médicale de la FFRandonnée

Le à.....

Je, soussigné(e), Drdéclare avoir examiné

Mme / M..... âgé(e) de.....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique de :

☐ La Randonnée Pédestre :
 en compétition
 hors compétition

☐ La Marche Nordique hors compétition

☐ La Raquette à Neige hors compétition

☐ La Marche Aquatique Côtière / Longe-côte
 en compétition
 hors compétition

☐ La Rando Santé® (adaptée à des marcheurs dont la performance physique est diminuée temporairement ou durablement)

Cher Confrère, Chère Consœur,

*Pour permettre à nos animateurs de mieux encadrer le pratiquant, nous vous demandons d'ajouter les conseils suivants **si vous le jugez pertinent** :*

Altitude à ne pas dépasser :

Fréquence cardiaque à ne pas dépasser :.....

Dénivelé horaire (total) à ne pas dépasser :.....

Abstention de la pratique lors des pics polliniques et/ou polluants : **oui / non**

Avec nos remerciements confraternels

La commission médicale de la FFRandonnée

TAMPON

SIGNATURE

**Attestation
pour les pratiquants majeurs**

Je, soussigné(e), Mme / M

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

☐ Répondu NON à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon club
lors de mon renouvellement de licence.

☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un le certificat médical de non
contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

DATE et SIGNATURE

**Attestation
pour les pratiquants mineurs**

Je, soussigné(e), Mme / M

en ma qualité de représentant légal de

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu'il/elle a

☐ Répondu NON à toutes les questions ; je fournis cette attestation à mon club
lors de son renouvellement de licence.

☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; je fournis un le certificat médical de non
contre-indication à la pratique sportive lors de son renouvellement de licence.

DATE et SIGNATURE du représentant légal

