



TORCY-RANDO

<https://torcyrandosite.wixsite.com/torcy-rando/>

Association de randonnée affiliée à la Fédération Française de Randonnée Pédestre (n° 0366)

Bulletin D'ADHESION (Saison 2025/ 2026)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Nationalité
Adhérent				
Conjoint				

Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél:	E mail * :

Renseigner impérativement votre adresse mail afin de recevoir votre carte d'adhérent FFR et notre programme trimestriel ou tout autre courrier utile. Merci également de nous informer de tout changement d'adresse.

Lors de la première prise de licence ou après un arrêt de deux saisons sportives un certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre doit obligatoirement être joint à votre demande d'adhésion
Pour un renouvellement de licence , vous devez obligatoirement avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire santé . Dans le cas contraire vous devez consulter votre médecin.
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance du questionnaire santé
<input type="checkbox"/> J'adhère à "Rando-Douce" vous devez obligatoirement fournir un certificat médical tous les ans Je m'engage à informer les animateurs de ma situation de santé, si sujette à alertes (diabète, problèmes cardiaques, asthme, etc)
<input type="checkbox"/> J'ai lu et j'accepte les statuts et le règlement intérieur de Torcy-Rando (Documents disponibles sur le site web de Torcy-Rando)
J'autorise Torcy-Rando à diffuser les photos sur lesquelles j'apparais prises essentiellement lors des activités organisées par le club. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
J'autorise Torcy-Rando à utiliser les données transmises lors de mon inscription. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Abonnement PASSION RANDO , le magazine des randonneurs	Tarif 4 N° par an	10 €
Adhésion, licence FFRP , assurance responsabilité civile et risques corporels IRA / FRA Couvre la randonnée de base, le ski nordique (programmé par l'association) et les raquettes à neige	Individuelle	39 €
	Familiale	76 €
Adhésion, licence FFRP , assurance multisports, pleine nature IMPN / FMPN Couvre canoë, cyclo, VTT, randonnée alpine, ski de piste, footing et pratiques sportives de plein air.	Individuelle	51 €
	Familiale	100 €
Adhérent licencié FFRP dans une autre association IMPERATIVEMENT : Joindre une photocopie de la licence en cours de validité	Individuelle	10 €
	Familiale	14 €

Pour toutes informations sur votre contrat d'assurance, veuillez consulter le site suivant :
<https://ffrandonnee.grassavoie.com/>

A _____ Le _____ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Tout dossier incomplet sera retourné au demandeur.

Ce bulletin d'adhésion, accompagné de votre règlement à l'ordre de TORCY RANDO et des pièces ci-dessus demandées sont à envoyer à l'adresse suivante :

Camille Jacquet 3 Allée des Sorbiers 77420 Champs-sur-Marne
 : 06 47 96 42 54 : camillejacquet77420@gmail.com

Le questionnaire Santé.

Il est à utiliser dans le cas d'un renouvellement de licence (**Hors "Rando-Douces" cas pour lequel un certificat médical est exigé tous les ans**).

Vous devez **OBLIGATOIREMENT** avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire santé. Dans le cas contraire vous devez consulter votre médecin et fournir un certificat médical.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié, elles n'ont pas à être communiquées lors de votre demande d'adhésion.

En cochant la case J'accepte le document suivant : [Questionnaire Santé](#) Vous attestez avoir lu et

compris les conseils de santé et prendre, ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la FFRandonnée sans risque pour sa santé.



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.