

BULLETIN D'ADHÉSION FAMILLE

Saison 2026-2027

A faire parvenir complété avec les justificatifs requis

Par **mail** à g.sureau@wanadoo.fr ou **par courrier** à Geneviève SUREAU, 6 allée des érables 91940 Les Ulis

1. Adhésion

Nouvelle Adhésion ☐

Renouvellement ☐

1^{ère} inscription fournir un certificat médical

Numéro de licence (si déjà licencié(e) dans un club FFRandonnée) :

2. Identité

Nom* :

Prénom* :

Date de Naissance* : - - / - - / - - - -

Sexe* : F ☐ M ☐

Adresse* :

Code Postal* : Ville* :

Nationalité* :

Téléphone portable :

Téléphone fixe (facultatif) :

Adresse e-mail* :

Adresse e-mail est obligatoire pour recevoir votre licence par voie électronique

Personne à contacter en cas d'urgence : N Tél. :

* **champs obligatoires**

3. Activités qui vous intéressent

RANDONNÉE ☐

MARCHE NORDIQUE ☐

ENDURANCE ☐

4. Cotisation

➤ Cotisation familiale et/ou marche nordique : (Licence FFRandonnée + Responsabilité civile + Accidents corporels compris)	☐	85 €
➤ Revue Passion Rando (4 numéros)	☐	10 €
➤ Extérieur ayant une licence (FFRandonnée) à jour dans un autre club	☐	42 €
Total		

5. Justificatifs à fournir

✓ Pour toute **première prise de licence**, un certificat médical pour la pratique des activités de marche et de randonnée (loisirs et/ou compétition) datant de moins de six mois est obligatoire

✓ **Renouvellement annuel de la licence** : le pratiquant doit remplir et fournir l'attestation en page 3 et/ou 4

✓ Pour les Extérieurs : Photocopie de la licence

6. Paiement (cocher la case correspondante)

☐	par chèque : envoyer votre chèque libellé à l'ordre de RANDOGOM à Geneviève SUREAU, 6 Allée des Erables 91940 LES ULIS.
☐	par virement en précisant « Cotisation » dans le motif du règlement IBAN : CLUB RANDONNÉE RANDOGOM : FR76 1027 8060 0900 0205 2640 129
☐	Par Paheko en cochant cette case vous autorisez le trésorier à prélever le paiement sur votre compte

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club consultable sur le site : www.randogom.com

Fait à.....le/...../.....

Signature

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE

Nom* : Prénom* :
Date de Naissance* : - - / - / - - - - Sexe* : F ☐ M ☐
Adresse* :
Code Postal* : Ville* :
Nationalité* :

Nom* : Prénom* :
Date de Naissance* : - - / - / - - - - Sexe* : F ☐ M ☐
Adresse* :
Code Postal* : Ville* :
Nationalité* :

Nom* : Prénom* :
Date de Naissance* : - - / - / - - - - Sexe* : F ☐ M ☐
Adresse* :
Code Postal* : Ville* :
Nationalité* :

Nom* : Prénom* :
Date de Naissance* : - - / - / - - - - Sexe* : F ☐ M ☐
Adresse* :
Code Postal* : Ville* :
Nationalité* :

Nom* : Prénom* :
Date de Naissance* : - - / - / - - - - Sexe* : F ☐ M ☐
Adresse* :
Code Postal* : Ville* :
Nationalité* :

Nom* : Prénom* :
Date de Naissance* : - - / - / - - - - Sexe* : F ☐ M ☐
Adresse* :
Code Postal* : Ville* :
Nationalité* :



CONSEILS DE SANTÉ et ATTESTATION SUR L'HONNEUR (pratiquant majeur)

Il est indispensable et urgent de consulter un médecin avant la reprise de la pratique et/ou de la compétition, si vous avez ressenti ou eu au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois :

- une douleur dans la poitrine à l'effort ;
- des palpitations (perception inhabituelle et anormale des battements cardiaques) ;
- une perte de connaissance brutale au repos ou à l'effort ;
- un essoufflement inhabituel à l'effort.

Il est nécessaire d'avoir l'avis d'un médecin pour statuer sur une contre-indication éventuelle ou un bilan préalable à une pratique intensive ou en compétition, si vous êtes dans une des situations suivantes :

- vous êtes une femme de 45 ans ou plus et vous avez repris une activité physique intensive sans réaliser d'évaluation médicale de votre risque cardiovasculaire ;
- vous êtes un homme de 35 ans ou plus et vous avez repris une activité physique intensive sans réaliser d'évaluation médicale de votre risque cardiovasculaire ;
- vous cumulez au moins deux des facteurs de risque cardiovasculaire : âge supérieur ou égal à 50 ans, tabagisme, diabète, excès de cholestérol, hypertension artérielle, surpoids ou obésité ;
- vous êtes suivi pour une maladie chronique ;
- vous poursuivez après vos 60 ans une activité physique intensive ou en compétition ;
- un membre de votre famille (parents, frère ou sœur, enfants) est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ;
- un membre de votre famille (parents, frère ou sœur) a présenté une maladie cardiaque avant ses 35 ans ;
- vous ressentez une baisse récente inexpliquée de vos performances.

La Commission médicale (COMED) de la FFRandonnée conseille fortement une consultation et un suivi médical si :

- vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (la COMED recommande de réaliser au moins un ECG dans sa vie) ;
- au cours des douze derniers mois :
 - ⇒ vous avez arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ;
 - ⇒ vous avez débuté un traitement médicamenteux de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ;
 - ⇒ vous pensez avoir, ou on vous a déjà fait remarquer que vous aviez un problème avec la nourriture ;
 - ⇒ vous êtes une femme et vous n'avez plus de règles depuis plus de trois mois ;
 - ⇒ vous avez eu un traumatisme crânien ;
 - ⇒ vous pensez avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive.

La COMED vous invite à adopter les bons réflexes pour votre pratique sportive en consultant [les 10 règles d'or](#) édictées par le Club des Cardiologues du sport.

Je soussigné(e)....., licencié n°
(NOM et Prénom) (le cas échéant)

atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des conseils de santé de la COMED de la FFRandonnée ci-dessus.

Fait à le.....

Signature

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MINEURS

Je soussigné(e) M/Mme

Exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : Nom :

.....

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu seul par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale