

# Bulletin d'adhésion à la Rando-Caouaise

**à imprimer et remettre lors de votre 1ère sortie  
ou à nous transmettre par mail**

**Pour les couples : 1 imprimé par personne**

|                                                                                               |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> adhésion<br><input type="checkbox"/> Renouvellement | Activités choisies<br><input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> LC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Nationalité : \_\_\_\_\_

ADRESSE : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Messagerie : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

*La licence vous sera envoyée directement par voie électronique par la FFRandonnée.*

Personne à prévenir en cas d'urgence :  
 Nom et prénom : ..... Téléphone : : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

- ☐ **J'adhère à la Rando Caouaise pour ne pratiquer que la Marche Nordique (MN)  
et aux activités proposées par le club**
- ☐ **J'adhère à la Rando Caouaise pour pratiquer le long côtes (L.C.)  
ma cotisation me donne accès à la marche nordique et aux activités proposées par le club**

## CERTIFICAT MEDICAL *(indispensable pour la responsabilité du club)*

**\*\* 1<sup>ère</sup> Adhésion** : je fournis, dans les meilleurs délais, un certificat médical de non contre indication  
à la pratique du long côtes et (ou) de la marche nordique .

**\*\* Renouvellement** : Répondre au questionnaire de santé -disponible sur le site web

*Ce questionnaire vous aide à déterminer vous même, si vous avez besoin ou non d'une nouvelle  
visite médicale, pour apprécier vos capacités physiques à pratiquer le long-côtes et (ou) la  
marche nordique.*

**Vous remplissez le questionnaire et le conservez- et vous signez l'attestation ci-dessous**

Vous attestez, ci-dessous, le résultat du questionnaire :

Je soussigné(e) Mme / M .....

☐ Atteste avoir répondu NON à toutes les questions – pas de nouveau CM à fournir

☐ Atteste avoir répondu OUI à une ou plusieurs questions :  
je fournirai **rapidement un nouveau Certificat médical.**

DATE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ SIGNATURE