



Club associatif : **MARCHE NORDIQUE ALBIGEOISE - M.N.A**

**Mail : amnalbigeoise@gmail.com**

**Facebook : <https://www.facebook.com/MarcheNordiqueAlbigeoise>**

**Téléphone : 07 69 41 16 48 Site : <https://www.marchenordiquealbi.fr>**

**BULLETIN D'ADHESION 2024/2025**

- Tarif individuel : **130 €** > Tarif individuel **renouvellement** : **100 €**
- Tarif couple : **210 €** > Tarif couple **renouvellement** : **180 €**
- Tarif jeune (16 à 25 ans) : **80€**

Nom.....Prénom.....

Adresse : .....Code postal : .....

Profession : ..... Date de naissance : .....

Tél. Domicile : .....Portable : .....

Adresse mail : ..... @.....

Personne à contacter si besoin pendant l'heure du cours (**obligatoire**) :

M : .....Tél : .....

En adhérant à l'association « Marche Nordique Albigeoise », je m'engage à respecter ses Statuts et son Règlement Intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association, si je m'oppose à ce que des photos de moi soient publiées (droit à l'image) je coche ici >

A ..... le ..... /...../.....

Signature de l'adhérent(e)

Nous demandons un certificat médical pour les premières inscriptions et **si vous avez au moins une réponse négative au questionnaire de santé.**

> Possibilité de paiement en deux fois (encaissement en octobre et février)

> Merci de donner les deux chèques à l'ordre de **Marche Nordique Albigeoise**, à l'inscription.

Paiement en une fois

Paiement en deux fois

> La cotisation n'est pas remboursable en cas d'abandon de l'activité par la personne inscrite.

Ne pas imprimer cette fiche,  
juste répondre aux questions  
pour savoir si je dois faire un  
certificat médical ou non.



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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.

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA  
DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

*(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)*

Je, soussigné Mme / Mr (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal)  
..... certifie avoir répondu NON à toutes les questions du  
formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A .....

Le ...../...../.....

Signature :