

# LA ROUTE DE L'OURS

## Demande de renouvellement d'adhésion

utiliser le formulaire (ou écrire très lisiblement)

✓ Nom :

✓ Prénom :

✓ Date de naissance :

Adresse postale : \*

Tél. fixe : \*

Tél. mobile : \*

Adresse mail : \*

Personne à prévenir en cas d'urgence. Tél. : \*



(\* à préciser si modifié depuis l'année précédente)

### Tarifs 2023

15 € pour les adhérents de 2022

23 € pour les nouveaux adhérents

12 € pour les nouveaux adhérents à partir de septembre 2023

(paiement uniquement par chèque)

### ✓ Auto-questionnaire de santé

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON. Les réponses relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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>À 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"/>
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions</b>		
<b>Il est conseillé de solliciter un avis médical en présentant ce questionnaire renseigné.</b>		

### ► Ce document accompagné du paiement est à envoyer ◀

→ à la trésorière : Sylvie Dubois, 155 hameau de Mauresc, 09200 Montjoie-en-Couserans, tél. : 06 86 00 86 86

→ ou remettre à un membre du bureau

✓

Signature :

contact : [contact@laroutedelours.fr](mailto:contact@laroutedelours.fr)