Licence valable du 1er septembre 2026 au 31 août 2027 - Assurance jusqu'au 31 décembre 2027

MARINA RANDO
Esterel Gallery – 809, Bd des Ecureuils- 06210 Mandelieu La Napoule
Site : www,marina-rando.com
Affiliée à la Fédération Française de la Randonnée Pédestre sous le N° 05046
Agrée par la Direction de la Jeunesse et des Sports,

DEMANDE RENOUVELLEMENT D'ADHESION 2026-2027

À nous retourner signée avec l'attestation sur l'honneur concernant les conseils de santé ainsi que le chèque établi en fonction du tableau des tarifs ci-dessous.

NOM : **PRENOM :**

A ne remplir qu'en cas de modification de vos données,

Adresse principale :
Code Postal :
Ville
Téléphone portable :
Adresse Mail :

Personne à prévenir en cas d'accident

NOM : Prénom :
Téléphone portable :

TARIFS 2026- 2027

TARIFS DES LICENCES	Licence+Assurance Accidents corporels **(ex : IRA)**	Licence + Assurance Multi Loisirs **(ex : IMPN)**	Cotisation Club	TOTAL	Avec rando Passion
LICENCE INDIVIDUELLE	34,00 €		28,00 €	62,00 €	72,00 €
LICENCE INDIVIDUELLE		47,00 €	28,00 €	75,00 €	85,00 €
ABONNEMENT RANDO PASSION	10,00 €				

LE REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGDP)

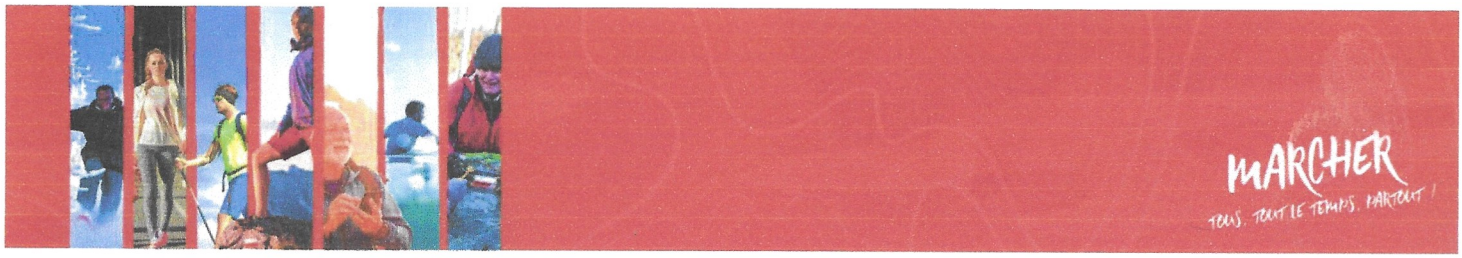
En remplissant ce formulaire, je suis informé(e) que mes données personnelles sont uilisées dans le cadre de l'adhésion et de la vie Associative, de la relation commerciale éthique et personnalisée ainsi que de statistiques officielles sur les pratiques sportives,
Vous pouvez également demander l'accès et la suppression de vos données à : **donneespersonnelles@ffrandonnee.fr.** Pour plus D'informations sur la manière dont vos données sont collectées et vos droits (ex : rectification, portabilité, etc) consultez **la politique de confidentialité** de la FFRandonnée sur son site internet : **www.ffrandonnee.fr.**
Vous pouvez modifier vos préférences de communication en vous connectant dans votre espace personnel « mon compte » sur le site internet de la FFRandonnée : **https://www.ffrandonnee.fr/**

CERTIFICAT MEDICAL

Chaque licencié doit attester sur l'honneur avoir pris connaissance des conseils de santé. A cet effet, il signe une attestation sur l'honneur qu'il remet à son club. (voir sur site).

Mandelieu La Napoule, le

Signature



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 malade 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'électocardiogramme** (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

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

.....

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Marina Rando *Affilié à la FFRP sous le n° 05046*

Carte d'identité du randonneur :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Licence FFRP n° : _____

Date de naissance : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Médecin traitant :

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Gestes d'urgence à effectuer :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ce document est strictement confidentiel.

Il est à mettre dans la poche supérieure de votre sac à dos, dans une enveloppe, sous votre responsabilité. Il ne sera connu et exploité qu'en cas de nécessité. Il n'est pas indispensable, mais il peut faire gagner du temps et surtout éviter des erreurs.

Pensez à le mettre à jour, en cas de nouveau problème de santé.

Allergies :

_____

_____

_____

Actuellement, je suis soigné(e) pour :

_____

_____

_____

Je prends les médicaments suivants :

_____

_____

_____

Autres problèmes à signaler :

_____

_____