



# LES PIEDS SALÉS



Siège social : Mairie de GUERANDE 44350  
<http://randoguerande.fr/>

## BULLETIN D'ADHÉSION SAISON 2024/2025 ( A remplir en majuscules.)

Merci de noter en rouge les rectifications et changements éventuels de coordonnées

Je soussigné(e) :  Né(e) le :

Adresse :

Code Postal :  Ville :  Pays :

Téléphone fixe :  Portable :

Adresse mail pour les transmissions d'informations et validation d'accès au site. En absence d'adresse, merci de s'informer auprès d'une personne en possédant une.

Mail :  @

adhère, à l'association "Les Pieds Salés" pour l'année 2024/2025 : (choisir ou non l'abonnement au magazine)

### 1) ADHÉSION INDIVIDUELLE

Choix	Type d'adhésion	Licence FFRP	Montant adhésion	Cotisation totale
<input type="checkbox"/>	Pieds Salés + Licence FFRP (*) + Responsabilité Civile RC (*) + assurance AC (*)	30,85 €	10,15 €	41,00 €
<input type="checkbox"/>	Abonnement à Passion Rando Magazine ( Facultatif ) « 4 n° par an »	10,00 €		10,00 €
<b>Montant à régler suivant choix :</b>				

Renouvellement  N° Licence FFRP :  Nouvelle Adhésion :

(\*) FFRP : Fédération Française de Randonnée Pédestre.

(\*) RC : Assurance Responsabilité Civile ( Obligatoire pour les Associations Sportives, loi du 16/07/84).

(\*) AC : Risques Accidents Corporels . Assurance qui couvre divers risques suite à un accident dans le cadre d'une randonnée associative ou personnelle. Le trajet A/R domicile lieu de la réunion ou le la randonnée est couvert, invalidité permanente, frais de rapatriement, de transport, évacuation hélicoptère.....

### 2) ADHÉSION ASSOCIATION HORS LICENCE

Réservée aux personnes licenciées par une autre association - Pieds Salés / Adhésion simple – Cotisation : **20,00 €**

Renouvellement :  N° Licence FFRP :  Association :

Nouvelle adhésion :  N° Licence FFRP :  Association :

( Fournir SVP une photocopie de la licence délivrée par votre association)

**DOSSIER MEDICAL:** Le certificat médical est nécessaire pour la 1ère année ou après une interruption de 2 saisons.

Pour un renouvellement, je certifie avoir renseigné le questionnaire santé et tenu compte du conseil donné. Seul un dossier complet (Bulletin complété, code du randonneur signé, chèque, certificat médical si nécessaire) permettra mon inscription.

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, et dans le respect de la propriété intellectuelle et du droit à l'image j'autorise l'Association des Pieds Salés, dans le cadre de ses activités de randonnée pédestre à utiliser des photographies me concernant pour illustrer son site internet ou des documents publiés par l'association. Enfin je déclare être convenablement équipé(e) pour les activités auxquelles je participerai

Chèque ci-joint de :  € Banque :

Fait à :  le :

Signature(s) (suivie de la mention manuscrite lu et approuvé) :

Adressez cette demande accompagnée d'un chèque libellé à l'ordre des Pieds Salés et du certificat médical si besoin ainsi que le code du randonneur signé (dossier complet impératif) à :  
Catherine RICHARD, 5 Pend'Huë 44350 SAINT-MOLF - Tél. : 06 40 13 25 30

## Code du Randonneur



Le plaisir de la randonnée en groupe ne peut se concevoir que par le respect :

### DE L'ENVIRONNEMENT

- √ Ne laissez pas les détritiques dans la Nature (même biodégradables)
- √ Respectez les espaces naturels (faune, flore) et la propriété d'autrui.

### DE QUELQUES CONSEILS

- √ Choisissez la randonnée adaptée à votre forme du moment et ne surestimez pas vos forces.  
Les animateurs sont à votre disposition pour vous fournir toute information concernant la longueur, les difficultés des circuits et la distance restante à parcourir.
- √ Prévoir d'emporter : cape, boissons, biscuits.....

### DE LA SECURITE

- √ L'animateur de la randonnée détermine l'itinéraire, la distance, le rythme de marche, la fréquence et la durée des arrêts.  
L'animateur porte un gilet de sécurité et se fait aider de 2 volontaires (ou plus) qui porteront également un gilet.
- √ Hors agglomération, c'est l'animateur de la randonnée qui détermine, pour la sécurité du groupe, s'il convient, de marcher : Sur la **gauche** de la chaussée, **en file indienne** (en colonne par 1).  
Ou sur la **droite** de la chaussée, **en groupes d'une longueur maximum de 20 mètres, avec un intervalle de 50 mètres entre chaque groupe.** (Code de la Route article R412-42).

### Le randonneur doit respecter les consignes de l'animateur.

- √ En cas d'arrêts inopinés impliquant de vous éloigner du sentier et s'il y a impossibilité de prévenir, laissez votre sac sur le bord du sentier.
- √ Si malgré toutes les précautions prises, un randonneur se perd, il doit rester sur place au bord du sentier et attendre la recherche entreprise par les animateurs.
- √ Chacun est responsable de sa sécurité et de sa santé et doit le cas échéant avoir sa propre trousse de secours dans son sac à dos.

**LES ANIMATEURS ASSUMENT LA RESPONSABILITE MORALE DU GROUPE FACILITEZ LEUR LA TACHE.**

Nom et signature du membre adhérent

date



## Renouvellement de licence de la FFRandonnée

## Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	<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...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique

