

BULLETIN D'ADHÉSION ADULTE - Saison 2026 - 2027

Identité :

Nom : Prénom :

Né.e le : à :

Adresse : Ville :

Code postal : Pays :

Tel : Portable : E-mail :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse : Tel : Portable :

Médecin traitant :

Nom : Tel :

Autorisations :

Donnez-vous au responsable l'autorisation de prendre les décisions d'hospitalisation en cas d'accident ?

☐ OUI ☐ NON

Autorisez-vous la diffusion de votre image visible sur les supports de communication de l'association ?

☐ OUI ☐ NON

Tarif de la l'adhésion en CFP :

Adhésion Adultes		Adhésion Famille à partir du 3 ^{ème} membre		Adhésion Adulte + accès SAE		Adhésion ponctuelle	
Annuel	Fin de saison (1er mai)	Annuel	Fin de saison (1er mai)	Annuel	Fin de saison (1er mai)	Sortie 1 jour	Sortie 5 jours
11 000	6 600	6 000	4 000	16 000	11 000	3 100	3 500

Total à payer :

Attention, la saison sportive s'étend **du 1er septembre au 31 août**.

L'assurance couvre vos activités pendant cette période.

Date et signature :

QUESTIONNAIRE SANTÉ ADULTE Saison 2026 - 2027

Ce questionnaire de santé est destiné aux personnes **majeures**.

Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour obtenir ou renouveler votre licence sportive compétition au sein de la Fédération Française de la montagne et de l'escalade selon les règles énoncées dans le règlement médical.

Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour	OUI	NON
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc..) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
Prenez-vous un traitement anticoagulant (Xarelto [®] , Coumadine [®] , Eliquis [®] , Préviscan [®] ...) ou un traitement antiagrégant plaquettaire (Aspirine protect [®] , Kardegic [®] , Plavix...) ?	☐	☐
Êtes-vous épileptique ?	☐	☐

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.

Date	Nom Prénom	Signature