



## TOURING PEDESTRE STRASBOURGEOIS

Maison des Associations  
1a, place des Orphelins  
67000 STRASBOURG

Année 2024

### DEMANDE D'ADHÉSION individuelle ou familiale

Je (nous) soussigné(e)(s)  
adhérent

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>
Tél fixe	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>

Co-adhérent si adhésion familiale

Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>
Tél fixe	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Enfants

prénom	<input type="text"/>	nom	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>	nom	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>

demande(ons) à adhérer à l'association **TOURING PEDESTRE STRASBOURGEOIS**

Montant des cotisations (année civile)	Individuelle	25 €
	Familiale	38 €

**Questionnaire de santé -certificat médical** : voir questionnaire de santé plus bas

**RGPD – protection des données personnelles** : J'ai pris connaissance de la politique du TPS en matière de protection des données personnelles (RGPD) accessible sur le site internet du TPS rubrique adhésion et à l'adresse : [://randotps67.com/images/RGPD.pdf](https://randotps67.com/images/RGPD.pdf) . Je donne mon autorisation au traitement de mes données personnelles conformément à cette politique:

adhérent  oui  non      co-adhérent  oui  non

**Statistiques** : comment avez vous connu le TPS ?

site     ami(e)s     DNA    autre

#### Règlement de la cotisation

- paiement en ligne    à l'adresse <https://www.payassociation.fr/randotps/cotisations>
- virement bancaire    Crédit Mutuel - IBAN FR76 1027 8010 8300 0208 4100 115 - BIC CMCIFR2A
- chèque bancaire    à l'ordre du Touring Pédestre Strasbourgeois (adresse postale en en tête)

Pour nous transmettre ce bulletin d'adhésion vous pouvez

le compléter sous forme de pdf modifiable, l'enregistrer et l'envoyer à l'adresse [adhesion@randotps.com](mailto:adhesion@randotps.com)

le compléter de manière manuscrite, le scanner et l'envoyer à l'adresse [adhesion@randotps.com](mailto:adhesion@randotps.com)

le compléter de manière manuscrite et l'envoyer ou le déposer à notre adresse postale (cf en-tête)

Votre adhésion sera validée dès réception de ce bulletin **et** du règlement de la cotisation

Fait à  le

Signature adhérent  
(si impression papier ou nom prénom)

Signature co adhérent  
(si impression papier ou nom prénom)

**Questionnaire de santé :** La réglementation actuelle n'impose pas de certificat médical pour la pratique de la randonnée pédestre hors compétition. Néanmoins, nous vous incitons vivement à signaler cette activité à votre médecin traitant et à respecter ses éventuelles observations et limitations. Nous vous recommandons vivement de renseigner chaque année l'auto-questionnaire de santé reproduit ci-dessous et à consulter votre médecin si vous répondez oui à une ou plusieurs questions.



## 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. Simplet atteste, 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.