



DOSSIER D'INSCRIPTION
DU SECTEUR LOISIRS ADULTES
POUR LES ACTIVITES PHYSIQUES

NOM * :

PRENOM * :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE * :

ADRESSE * :
.....

CODE POSTAL ET VILLE * :

TELEPHONE DOMICILE * : **TELEPHONE TRAVAIL :**

PORTABLE : **MAIL :**

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

NOM DE LA COMPAGNIE ET N° :

ADRESSE ET TEL. :

CARTE D'ADHESION LEO LAGRANGE*

INDIVIDUELLE 20 € FAMILIALE 25 €

DROIT A L'IMAGE * : OUI NON

ACTIVITE CHOISIE * : MONTAGNE MARCHE PEDESTRE

ESCAPADE GYM

MATERIEL DETENU * : RAQUETTES OUI NON

PARTICIPATION EN QUALITE DE BENEVOLE :

CHAUFFEUR DE MINI BUS (Permis B) : OUI NON

(*) renseignements à compléter obligatoirement

FAIT A : LE :

SIGNATURE :



DOSSIER SANITAIRE

NOM * :

PRENOM * :

N° SECURITE SOCIALE * :

NOM - ADRESSE ET TEL. DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE * :

.....
.....

NOM - ADRESSE ET TEL. DU MEDECIN A CONTACTER EN CAS D'URGENCE * :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS OBLIGATOIRES A COMPLETER *

TETANOS	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	DATES DES DERNIERS VACCINS
DT POLIO	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	DATES DES DERNIERS VACCINS

ANTECEDENTS *

ASTHME	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
DIABETE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

PRECISER LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES CONNUES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

PRECISER LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

HYPERTENSION	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

(*) renseignements à compléter obligatoirement

SEULES LES INFORMATIONS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE DU PARTICIPANT SERONT DIVULGUEES AU RESPONSABLE DU SECTEUR ET A SON SUPERIEUR IMMEDIAT AFIN DE PERMETTRE UNE MEILLEURE APPROCHE AINSI QU'UNE INTERVENTION PLUS EFFICACE EN CAS D'URGENCE.

EN CAS D'URGENCE, J'AUTORISE LE RESPONSABLE DU SECTEUR LOISIRS, L'ACCOMPAGNATEUR MONTAGNE, LE BENEVOLE DES SORTIES MARCHE PEDESTRE OU L'INTERVENANT DES COURS DE GYM, A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES POUR L'APPEL DES SECOURS ET DE ME TRANSPORTER PAR AMBULANCE OU AUTREMENT :

JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTES CI-DESSUS ET M'ENGAGE A SIGNALER TOUTE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS.

J'ACCEPTTE TOUTE MODIFICATION DU PROGRAMME DES LORS QUE L'ACCOMPAGNATEUR EN AURA PRIS LA DECISION.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :

CHARTRE POUR LES MONTAGNARDS

POUR DES RAISONS DE SECURITE ET DE LEGISLATION, VOICI L'ORGANISATION DE NOS SORTIES MONTAGNE ;

MESURES A RESPECTER IMPERATIVEMENT

- ⇒ Se munir de bonnes chaussures de marche à tige montante,
- ⇒ Avoir le matériel nécessaire (cf. liste ci-après),
- ⇒ Suivre le cheminement de l'accompagnement,
- ⇒ Prévenir le responsable, en cas d'arrêt inopiné durant la balade,
- ⇒ Signaler à l'accompagnateur tout problème de santé particulier,
- ⇒ Fournir le certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée en montagne.

Par sécurité, nous vous conseillons fortement l'acquisition du matériel de Recherche des Victimes d'Avalanch (ARVA pelle et sonde).

Sur présentation du ticket de caisse, une participation de 20 € vous sera versée par l'association.

Les inscriptions débutent 2 semaines avant la date de la sortie.

En cas de liste d'attente, vous serez prioritaire sur le choix d'une sortie dans les 4 semaines qui suivent la date de celle-ci et devra être choisie dans la journée.

MATERIEL INDISPENSABLE

- PIQUE NIQUE ET BOUTEILLE D'EAU,
- SAC A DOS,
- VETEMENT DE PLUIE,
- VETEMENT CHAUD DE TYPE POLAIRE,
- CHAPEAU,
- SIFFLET,
- LUNETTES DE SOLEIL ET CREME SOLAIRE,
- COUVERTURE DE SURVIE,
- BATONS DE MARCHE (Recommandé),
- PAPIERS D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE,
- CARTE EUROPEENNE EN COURS DE VALIDITE, (délivrée par la CPAM),
- CHANGE (tee-shirt et chaussettes),
- PERMIS DE CONDUIRE POUR CHAUFFEUR,
- TRAITEMENTS MEDICAUX SI BESOIN

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :