

**Bulletin d'inscription**  
**et**  
**questionnaire santé auto-déclaratif**



Maison des Associations  
4, Rue de Lorraine – BP 1409 44214 -  
PORNIC  
Mail : [jpornicnordicwalking@gmail.com](mailto:jpornicnordicwalking@gmail.com)  
Site : [www.pornicnordicwalking.fr](http://www.pornicnordicwalking.fr)

**BULLETIN D'ADHESION 2018-2019**

Je, soussigné(e)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Date de  
naissance : \_\_\_\_\_

Adresse complète :  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville :  
\_\_\_\_\_

N° téléphone fixe : \_\_\_\_\_ N° téléphone portable :  
\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

souhaite  adhérer ou  ré-adhérer à l'association PORNIC NORDIC WALKING (P.N.W.).

**Je joins un Certificat médical d'Absence de Contre-Indication** à la pratique de la marche nordique daté de moins de 3 ans. Ce certificat sera conservé par P.N.W. pendant sa durée de validité.

**ou \***

**J'atteste sur l'honneur avoir répondu au questionnaire de santé** proposé par P.N.W. (pendant la période de validité du certificat médical de 3 ans) et ne présenter aucun des risques de contre-indication à la pratique sportive (cf. questionnaire de santé).

**Je souhaite participer à une ou plusieurs des séances d'initiation** à la marche nordique.

Ces séances sont obligatoires avant toute adhésion à P.N.W.

En tant qu'organisateur, l'association P.N.W. dispose d'une assurance Responsabilité Civile MACIF obligatoire qui vous couvre ponctuellement pour ces séances, si vous avez remis au club votre dossier d'adhésion complet. Toutefois nous attirons votre attention sur le fait que vous devez vérifier si vous êtes assurés personnellement au titre des « accidents de la vie » (avec votre mutuelle ou votre assurance multi-risque habitation, par exemple). Cette seconde assurance est conseillée mais facultative.

**J'autorise l'association P.N.W. à utiliser mon image (si elle est reconnaissable)**, sur des photos ou films de groupe réalisés lors des activités organisées par l'association P.N.W., à des fins de communication écrite ou sur le site internet du club P.N.W., à l'exclusion de tout autre usage.

**Je, soussigné(e), déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur** de l'association (adressé par mail ou, le cas échéant, remis en main propre) et accepte de le respecter sans restriction.

**Je règle la cotisation de 30 € correspondant à la saison 2018-2019 par chèque établi à l'ordre de l'association PORNIC NORDIC WALKING.**

Cette cotisation couvre la période du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2018 (pour une 1<sup>ère</sup> adhésion) et l'année 2019.

Date : \_\_\_\_\_  
**approuvé »)**

**Signature (précédée de la mention « Lu et**

Ce questionnaire de santé auto-déclaratif\* vous permet de savoir si vous devez contacter un médecin pour obtenir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON (NB : les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité)	OUI	NON
<b>&gt;&gt;&gt; DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>		
1 – Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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>&gt;&gt;&gt; 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"/>
<b>Cas 1 : Vous avez répondu NON à toutes les questions <u>et</u> votre certificat médical date de moins de 3 ans</b>		
<b>Vous devez attester sur l’honneur avoir répondu NON à toutes les questions, sur le bulletin d’adhésion ou de ré-adhésion à PNW</b>		
<b>Cas 2 : Vous avez répondu NON à toutes les questions <u>et</u> votre certificat médical date de plus de 3 ans</b>		
<b>&gt;&gt;&gt;&gt; Nous vous invitons à demander à votre médecin un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive et à le joindre à votre dossier d’adhésion ou de ré-adhésion à PNW</b>		
<b>Cas 3 : Vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces questions :</b>		
<b>&gt;&gt;&gt;&gt; Nous vous invitons à consulter votre médecin et à lui présenter ce questionnaire renseigné</b>		
<b>&gt;&gt;&gt;&gt; Vous devez joindre votre certificat de non contre-indication à la pratique sportive à votre dossier d’adhésion ou de ré-adhésion à PNW</b>		

\* Ce questionnaire est adapté à partir du questionnaire QS -SPORT Cerfa N° 15669-1