



**LES CENT PIEDS**  
 107 RUE DES POINSETIAS - PK 16  
 97430 LE TAMPON  
 0262 59 58 76 - 0692 87 74 71  
[lescentpieds@gmail.com](mailto:lescentpieds@gmail.com)  
[www.lescentpieds.fr](http://www.lescentpieds.fr)

**RENOUVELLEMENT DE LICENCE**  
**Saison 2024 - 2025**

• **IDENTITE DE L'ADHERENT**

NOM\* : ..... Prénoms\* : .....

Date de naissance\* : ..... Sexe\* : F  M

Adresse\* : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : .....

Nationalité\* : ..... Numéro de licence FFRP\*

Téléphone portable ou/et fixe\* : ..... / .....  
 Adresse e-mail\* (obligatoire) : .....  
 (Écrire lisiblement)

Attention, une adresse e-mail est obligatoire pour recevoir votre licence par voie électronique.

\* Champs obligatoires.

Déclare vouloir adhérer à l'association les Cent Pieds.  
 Atteste avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association et m'engage à les respecter scrupuleusement.  
 Ci-joint mon certificat médical que je renouvellerai conformément aux articles 3.1 et 3.2 du règlement intérieur.

• **RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)**

En remplissant ce formulaire, je suis informé(e) que mes données personnelles sont utilisées dans le cadre de l'adhésion et de la vie associative, de la relation commerciale éthique et personnalisée ainsi que des statistiques officielles sur les pratiques sportives.

- Je m'oppose à ce que mes coordonnées postales et/ou mon numéro de téléphone soient transmises aux Partenaires de la FFRandonnée à des fins de prospection commerciale par courrier postal et/ou par téléphone (liste des partenaires sur [www.ffrandonnee.fr/la-federation/partenaires](http://www.ffrandonnee.fr/la-federation/partenaires)).

• **AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE**

Des photos sur lesquelles vous pouvez figurer sont prises avec l'autorisation du club lors des activités. Vous disposez d'un droit à l'image.

- J'autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais, ceci sur différents supports (écrit, électronique, audiovisuel) et sans limitation de durée.  
 Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre de la publication, de la promotion et de la publicité à l'usage exclusif de l'Association.

• **TARIFS**

Licence individuelle	IRA – Licence avec responsabilité civile RC et accidents corporels AC	45€	<input type="checkbox"/>
	IMPN – Licence multiloisirs pleine nature RC et AC	57€	<input type="checkbox"/>
	JEUNE – Licence jeune RC et AC	25€	<input type="checkbox"/>
Licence familiale	FRA – Licence avec RC et AC	80€	<input type="checkbox"/>
	FMPN - Licence multiloisirs pleine nature RC et AC	100€	<input type="checkbox"/>

Pour une licence familiale, indiquez ci-dessous les NOMS, Prénoms, date de naissance, n° de licence FFRP et emails des ayants droits.

NOM	Prénoms	Né(e) le	N° de licence	Email

**NB.** Pour bénéficier de garanties complémentaires en option (*augmentation du capital décès, indemnités journalières, aides à domicile...*) par rapport à celles qui existent avec la licence, contactez les Cent Pieds ou directement:

WTW France - 52 Avenue du Général de Gaulle – CS 10427 – 92094 LA DEFENSE Cedex ou [fr.ffrandonnee@wtwco.com](mailto:fr.ffrandonnee@wtwco.com)

- **ABONNEMENT À PASSION MAGAZINE**     1an (10€)     2ans (20€)     Non

**Signature**

Fait à .....

Le .....



île de La Réunion

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**de non contre-indication à la pratique sportive**

**LES PRATIQUES**

Le ...../...../..... à ..... déclare avoir examiné  
Je soussigné(e) Docteur ..... âgé(e) de .....  
Mme / M .....

et n' avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique ni d'antécédent personnel contre-indiquant la pratique de : *(cocher les ronds – voir définitions des pratiques ci-contre)*

<b>La randonnée pédestre en moyenne montagne. (1)</b>	<input type="radio"/>
<b>La marche nordique. (2)</b>	<input type="radio"/>
<b>La marche aquatique / Longe côte (3)</b>	<input type="radio"/>
<b>La marche d'endurance (entraînements et brevets Audax). (4)</b>	<input type="radio"/>

Pour permettre à nos animateurs de mieux encadrer le pratiquant, nous vous demandons d'ajouter les conseils suivants si vous le jugez nécessaire :

Altitude à ne pas dépasser : .....  
Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : .....  
Dénivelé horaire à ne pas dépasser (mètres / heure ) : .....  
Absention de la pratique lors des pics polliniques et/ou polluants    OUI     NON

TAMPON du médecin

SIGNATURE



Nombre de ronds cochés :

...

	<b>(1). RANDONNEE PEDESTRE</b> : déplacement pédestre sur itinéraire balisé ou non, en plaine ou en moyenne montagne, kilométrage et dénivelé variables, à la demi-journée, journée ou itinérance sur plusieurs jours en autonomie ou non.
	<b>(2). MARCHÉ NORDIQUE</b> : dynamique, la marche nordique utilise des bâtons spécifiques pour augmenter la propulsion grâce à la poussée vers l'arrière des membres supérieurs et des épaules. Alliant effort en endurance et en résistance, elle se pratique en séance de 1 à 2 heures à allure soutenue (environ 5 km/h). La séance est entrecoupée de pauses ou d'exercices faciles et ludiques.
	<b>(3). LONGE-COTE / MARCHÉ AQUATIQUE</b> : marche immergée (eau de mer ou douce) avec de l'eau entre le nombril et les aisselles, avec ou sans ustensiles de propulsion, sur un itinéraire adapté et reconnu par un animateur par séance de 1 à 2 heures. Chaussures/chaussons obligatoires mais combinaison néoprène facultative.
	<b>(4). MARCHÉ D'ENDURANCE (type AUDAX®)</b> : épreuve d'endurance en équipe où tous les membres du groupe parcourent des distances de 25, 50, 75 ou 100km sur route, chemin carrossable ou sentier, à une vitesse constante de 6km/h.

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS SANTÉ

*Cette fiche est personnelle et n'a pas à être divulguée. Gardez-la dans votre sac. Elle pourra être consultée lors d'une action rapide des secours. Vérifier la validité de la vaccination Tétanos.*

### CONSEILS :

- Avoir sur soi, ses papiers et sa carte de sécurité sociale.
- Ne pas laisser ses papiers dans la voiture pas plus que cette fiche individuelle
- Prévenir l'animateur devant tout signe anormal : Douleur ou gêne dans la poitrine, essoufflement anormal pendant l'effort, palpitation cardiaque pendant ou après l'effort, malaise à l'effort ou juste après, fatigue soudaine, nausées, trouble de la vision, de la parole....

<b>NOM :</b> <b>PRÉNOM :</b> <b>DATE DE NAISSANCE :</b>	<b>ADRESSE PERSONNELLE :</b>
<b>PERSONNE À PREVENIR EN 1<sup>ER</sup></b> <b>NOM :</b> <b>PRÉNOM :</b> <b>ADRESSE :</b> <b>TÉLÉPHONE FIXE :</b> <b>PORTABLE :</b>	<b>PERSONNE À PREVENIR EN 2<sup>ème</sup></b> <b>NOM :</b> <b>PRÉNOM :</b> <b>ADRESSE :</b> <b>TÉLÉPHONE FIXE :</b> <b>PORTABLE :</b>
<b>MÉDECIN TRAITANT (NOM) :</b> <b>TÉLÉPHONE :</b>	
<b>MON TRAITEMENT JOURNALIER (noms des médicaments en dehors des cas cités ci-dessous, ET POSOLOGIE :</b>	
<b>J'AI DES ANTÉCÉDENTS :</b> <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> Coronaropathie (stents) <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Autres, préciser :	<b>MES MÉDICAMENTS :</b>
<b>J'AI UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT :</b> <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> AVK (Préviscan ou ? Préciser) <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Autres, préciser :	<b>LES MÉDICAMENTS QUE J'AI SUR MOI AINSI QUE L'ENDROIT OÙ ILS SONT DANS MON SAC :</b>
<b>JE SUIS DIABÉTIQUE, MES MÉDICAMENTS :</b>	
<b>PRÉCONISATIONS PARTICULIÈRES À MON ÉGARD :</b>	