



M.V.S. (Mieux Vivre à Sorbiers)

23, rue des Roseaux 42290 SORBIERS

ADHESION ET LICENCE(S)

Saison 2025/2026

**INSCRIPTION UNIQUEMENT LORS DES PERMANENCES
DEFINIES SUR LE SITE DU CLUB**

**Les demandes d'adhésions ne seront prises en compte qu'à
réception d'un dossier complet (Voir page 3)**

Pour les nouveaux adhérents, MVS se réserve le droit d'arrêter
les inscriptions si le nombre d'inscrits est trop important.

ADHESION ANNUELLE ET FAMILIALE

Nom et Prénom

Nombre de personnes au foyer

Informations club

Par la poste

Par Mail (1)

Si adhésion sans licence indiquez ci dessous

Votre adresse

Votre téléphone

Votre mail

(1) Adresse mail : mvs.sorbiers42@gmail.com

Bien ouvrir les messages SVP

En cas de difficultés contacter Georges BERGER 06 77 19 31 12 ou Anne Marie MAZET 06 81 43 87 50

Charte MVS à signer SVP

En adhérant au club, je m'engage à :

- 1- Avoir l'esprit club.
- 2- Respecter le règlement intérieur. (voir sur le site)
- 3- Me rendre disponible pour apporter mon aide à la préparation et au bon déroulement des activités du Club.
- 4- Avoir une attitude normale et bienveillante au sein de MVS.

Date :

Signature :

REGLEMENT PAR CHEQUE UNIQUEMENT A l'ordre de MVS	Cotisation M V S (annuelle et familiale)	1	25,00	25,00 €
	Nombre de licence(s) FFRP IRA		30,85	€
	Participation annuelle aux frais d'envois postaux Uniquement pour les personnes désirant recevoir les infos par la poste		20,00	€
	Total			€

DEMANDE DE LICENCE(S) INDIVIDUELLE(S)									
LICENCE N° 1					LICENCE N° 2				
Des changements de coordonnées ? OUI (remplir ci-dessous) NON					Des changements de coordonnées ? OUI (remplir ci-dessous) NON				
Nom et Prénom					Nom et Prénom				
Date de naissance					Date de naissance				
Adresse					Adresse				
Code postal et ville					Code postal et ville				
Adresse mail (*)					Adresse mail (*)				
N° téléphone					N° téléphone				
Date certificat médical					Date certificat médical				
Activité(s) pratiquée(s)					Activité(s) pratiquée(s)				
Marche		Marche nordique		Rando santé	Marche		Marche nordique		Rando santé
☐ J'atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu NON à l'ensemble des questions. ☐ J'ai répondu OUI à une ou plusieurs questions, je fournis un certificat médical d'absence de contre indication pour la randonnée. Signature :					☐ J'atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu NON à l'ensemble des questions. ☐ J'ai répondu OUI à une ou plusieurs questions, je fournis un certificat médical d'absence de contre indication pour la randonnée. Signature :				
Personne à prévenir en cas d'accident (1 ou 2 noms)					Nom et Prénom : / N° de téléphone : /				
(*) La dématérialisation des licences implique un mail différent pour chaque licencié									
 La licence arrive avec l'adresse : noreply@ffrandonnée.fr Bien surveiller votre boîte mail et éventuellement vos indésirables									

Le dossier complet comprend :

- Les pages 1 et 2 correctement remplies.
- Votre règlement par chèque uniquement à l'ordre de MVS.
- Pour le renouvellement de licence :
 - Compléter le questionnaire de santé personnel ci-dessous, puis compléter la demande de licence en fonction de vos réponses.
 - S'il y a lieu, fournir un certificat médical de moins de 6 mois.
- Pour une nouvelle licence :
 - Un certificat médical de moins de 6 mois est obligatoire.

Afin de faciliter le travail du secrétariat, nous vous demandons :

- De bien nous signaler les changements de coordonnées éventuels dans la demande de licence
- De remplir **LE PLUS LISIBLEMENT POSSIBLE** ce dossier. Merci



Renouvellement de licence de la FFRandonnée

Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Êtes-vous enceinte ?	☐	☐
6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	☐	☐
7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	☐	☐
8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	☐	☐
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À ce jour		
10) 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...)	☐	☐
11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐