



ASSOCIATION CHAMBER'LIENS  
Siège social : Le Tambour  
82 rue Jean Vilar - 26000 VALENCE

## DEMANDE D'ADHESION SAISON 2026/2027

Nom et Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

E-mail :

Personne à prévenir en cas d'accident :

N° de téléphone :

Souligner ou entourer les activités souhaitées :

**Randonnée pédestre\* - Chant - Danse en ligne\* - Réveil corporel\* - Tricot -  
Échecs - Patchwork - Pétanque - Scrapbooking - Tarot/Rami - Théâtre/Ciné**

*\* lire et signer attestation ci-dessous et fournir un certificat médical d'aptitude lors de la première année d'inscription.*

Droit à l'image : j'accepte que l'Association Chamber'liens utilise gratuitement, dans ses publications (web, newsletter, flyer, affiche...), à des fins d'information, les photos et vidéos prises lors d'activités ou de manifestations et sur lesquelles je peux apparaître.

Protection des données : j'accepte que l'Association Chamber'liens conserve et utilise mes noms prénoms, téléphone et adresse mail ou postale pour l'envoi des informations sur l'association. Il me sera toujours possible de faire modifier mes coordonnées et/ou de me dé-inscrire des publications.

Cotisation et droits d'inscription : 15€ d'adhésion + 5€ de droits d'inscription par activité, par personne.

Calcul de ma cotisation : 15 € d'adhésion +                      € de droits d'inscription =

Païement en chèque - par virement - en espèces (rayer mention inutile)

Date et signature :

avec la mention « lu et approuvé »

### Questionnaire de santé des activités physiques : Randonnée pédestre, Danse en ligne, Réveil corporel

**Il est indispensable et urgent de consulter un médecin avant la reprise d'une activité physique**, si vous avez ressenti ou eu au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois :

- Une douleur dans la poitrine à l'effort ;
- Des palpitations (perception inhabituelle et anormale des battements cardiaques) ;
- Une perte de connaissance brutale au repos ou à l'effort ;
- Un essoufflement inhabituel à l'effort

**Il est nécessaire d'avoir l'avis d'un médecin pour statuer sur une contre-indication éventuelle ou un bilan préalable à une pratique intensive ou en compétition**, si vous êtes dans une des situations suivantes :

- Vous cumulez au moins deux des facteurs de risque cardiovasculaire : âge supérieur ou égal à 50 ans, tabagisme, diabète, excès de cholestérol, hypertension artérielle, surpoids ou obésité ;
- Vous êtes suivi pour une maladie chronique ;
- Un membre de votre famille (parents, frère ou sœur, enfants) est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ;
- Un membre de votre famille (parents, frère ou sœur) a présenté une maladie cardiaque avant ses 35 ans
- Vous ressentez une baisse récente inexpliquée de vos performances.

### Attestation pour participer aux activités de Randonnée pédestre, Danse en ligne, Réveil corporel

J'atteste sur l'honneur :

- ☐ Comprendre qu'un ou plusieurs symptômes du questionnaire ci-dessus peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé et représenter potentiellement un risque vital ;
- ☐ Comprendre que certains antécédents familiaux, facteurs de risques cardio-vasculaires et maladies chroniques entraînent un risque lors de la pratique sportive et qu'ils nécessitent l'avis d'un médecin pour une pratique sécurisée ;
- ☐ Comprendre qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour évaluer la compatibilité de mon état de santé avec ma pratique sportive et ses risques ;
- ☐ Comprendre que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou mes performances ;
- ☐ Avoir lu et pris connaissance de toutes les informations et alertes indiquées plus haut à la rubrique « Questionnaire de Santé »

Date et signature :

avec la mention « lu et approuvé »