

	<p>Les Randonnistes CLUB DE RANDONNEE DE SAINT ANDRE DE CORCY Association n°W012002448 – FFRP N° 06138</p>	
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de Naissance :	Email :	
Tél. Fixe :	Tel Portable :	
Adresse :		

Adhère à l'association « Les Randonnistes » pour le ou les activité(s) suivante(s) :

<input type="checkbox"/> RANDONNEE PEDESTRE
<input type="checkbox"/> RANDO SANTE
<input type="checkbox"/> MARCHE NORDIQUE

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club.
 Je déclare :

☞ Avoir répondu « non » à toutes les questions du questionnaire de santé QS-SPORT (uniquement en cas de renouvellement d'Adhésion)

OUI	NON
-----	-----

☞ Autoriser l'association à communiquer mon adresse mail et mon numéro de téléphone portable à l'ensemble de ses adhérents

OUI	NON
-----	-----

☞ Autoriser l'association à publier ma photo sur les journaux, son site internet et lors des manifestations de promotion.

OUI	NON
-----	-----

☞ Avoir donné ma photo pour le trombinoscope privé du club

OUI	NON
-----	-----

Montant de la cotisation annuelle :

Activités	Rando	Marche Nordique
Licence + Assurance IRA	28 €	28 €
Part associative	4 €	17 €
Montant de la cotisation annuelle	32 €	45 €

Joindre un chèque à l'ordre « Les randombistes ».

Un certificat médical de moins de 3 mois attestant de ne pas avoir de contre-indication à la pratique de la Randonnée pédestre ou à la pratique de la marche nordique est obligatoire dans les cas suivants :

- les nouveaux inscrits
- l'inscription à la rando santé
- si une case «oui » du questionnaire de santé est cochée
- si le certificat fourni précédemment a plus de 3 ans

Date :

Signature :

	<h2 style="margin: 0;">Les Randonnistes</h2> <p style="margin: 0;">CLUB DE RANDONNÉE DE SAINT ANDRÉ DE CORCY Association n°W012002448 – FFRP N° 06138</p>	
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de Naissance :	Email :	
Tél. Fixe :	Tel Portable :	
Adresse :		

Personnes rattachées couvertes par la licence (conjoint(e) concubin(e) et/ou enfants ou petits-enfants mineurs) :

Nom et Prénom	Lien de parenté	Sexe	Date de naissance

Adhèrent à l'association « Les Randonnistes » pour le ou les activité(s) suivante(s) :

<input type="checkbox"/> RANDONNÉE PEDESTRE
<input type="checkbox"/> RANDO SANTÉ
<input type="checkbox"/> MARCHE NORDIQUE

Nous nous engageons à respecter le règlement intérieur du club.
Nous déclarons :

Avoir répondu « non » à toutes les questions du questionnaire de santé QS-SPORT (uniquement en cas de renouvellement d'Adhésion)

OUI	NON
-----	-----

Autoriser l'association à communiquer notre adresse mail et notre numéro de téléphone portable à l'ensemble de ses adhérents

OUI	NON
-----	-----

Autoriser l'association à publier notre photo sur les journaux, son site internet et lors des manifestations de promotion.

OUI	NON
-----	-----

Avoir donné notre photo pour le trombinoscope privé du club

OUI	NON
-----	-----

Montant de la cotisation annuelle par personne majeure :

Activités	Rando	Marche Nordique
Licence + Assurance IRA	28 €	28 €
Part associative	4 €	17 €
Montant de la cotisation annuelle	32 €	45 €

Joindre un chèque à l'ordre « Les randonnistes ».

Un certificat médical de moins de 3 mois attestant de ne pas avoir de contre-indication à la pratique de la Randonnée pédestre ou à la pratique de la marche nordique est obligatoire dans les cas suivants :

- les nouveaux inscrits majeurs
- l'inscription à la rando santé
- si une case «oui» du questionnaire de santé est cochée
- si le certificat médical fourni précédemment a plus de 3 ans

Date :

Signature :