

BULLETIN D'ADHESION POUR LA SAISON 2016-2017



Nom : Prénom : Né (e) le :
Adresse :
Tél. fixe : Tél. portable :
Adresse email :

Personnes rattachées : époux (se), concubin (e), enfants jusque 25ans inclus (*vivant sous le toit des parents*) et petits enfants mineurs.

Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Nom :		Prénom :		Date de naissance :	

demande à adhérer à l'association « **Delit Tenim** » fédérée sous le n°04016 à la FFRandonnée.

J'ai noté que la loi n°84-610 du 6 juillet 1984 fait obligation aux associations d'une fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents et de délivrer une licence à tous les membres randonneurs.

Je prends acte que l'assurance IR ou FR est l'assurance minimum obligatoire et ne me (nous) couvre pas en cas d'accident corporel.

Je joins à la présente un **certificat médical** attestant de l'aptitude à la pratique de la randonnée pédestre.

ATTENTION : La FFRandonnée le rend obligatoire à partir de cette année pour toute demande de première licence ainsi que pour les renouvellements.



Fait à le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cochez la ou les cases et le type de licence choisi :

- Carte Membre** : Adhésion associative non pratiquant (aucune assurance avec cette carte) **15 €**
- IRA ANP** : licence associative non pratiquant la randonnée avec RC et accidents corporels (pour cette licence pas besoin de certificat médical)... **38 €**
- IRA** : licence individuelle avec RC et accidents corporels..... **38 €**
- FRA** : licence familiale avec RC et accidents corporels..... **76 €**
- Abonnement** à la revue **Passion-Rando** (4 numéros)..... **6 €**

TOTAL €

Adressez cette fiche d'inscription accompagnée de votre chèque (à l'ordre de **Delit Tenim**) et du certificat médical à :

Patrick DORANDEU, lot du verger 66230 PRATS DE MOLLO LA PRESTE Tél. 06 01 84 07 57

Avant le 15/12/2016

Certificat médical obligatoire à faire remplir par le médecin :

Je soussigné(e) **Docteur** **Médecin à**

Certifie avoir examiné M, Me, Melle

Nom..... Prénom.....

Nom..... Prénom.....

Nom..... Prénom.....

Nom..... Prénom.....

et ne pas avoir constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique de la randonnée pédestre.

Date, signature, cachet :