GIVRYRANDONNÉE

AssociationaffiliéeàlaFédération Française
de Randonnée Pédestre

BULLETIND'ADHESIONSAISON2025-2026

RENOUVELLEMENT AVECDONNEESINCHANGEES(**si**changement:tel,mél,...,les signaler lors de l'envoi)
NOM(S).....PRENOM(S).....

AdhésionGivryRandoetLicenceFFR	**TARIFSentourezvoschoix**
L'adhésionfamilialeconcernelespersonnessuivantes:conjoint(e)concubin(e)oupacsé(e),enfantsmineursou majeurs de moins de 25 ans fiscalement à charge et vivant sous le même toit que leurs parents. **L'adhésionàGivryRandonnéeestde15€parpersonneinscrite,inclusdanslestarifsci-dessous**.	
AdhésionetlicenceIndividuelleavecResponsabilitécivileetAccidentscorporelsIRA	**45,85€**
AdhésionetlicenceFamilialeavecRCetAccidentscorporelsFRA	**91,50€**
Adhésionpourmembred'unautreclubFFR(joindrephotocopielicence)	**15€**
Abonnementaumagazine«PassionRando»4numéros/an(Facultatif)	**10€**
NOTEZLETOTALDANS L'ENCADRE==>	

PAIEMENTCOCHEZ ☐VIREMENT(IBANFR7617806005540410361388065)

☐CHEQUEàl'ordredeGIVRY RANDONNEE

Ce bulletin et votre paiement sont à transmettre à la trésorière Claudine JOLY **par mél**:

claudinejoly2@orange.fr **ou**parcourrierpostal:11ruedesCèdres71640-MERCUREY-

NOUVELADHERENT1èreinscription

NOM(S).....Prénom(s).....Datedenaissance:.....

NOM(S).....Prénom(s).....Datedenaissance:.....

Adresse:.....Telportable:.....

Mél..... *VousacceptezainsiinfoetdocdelapartdeGivryRando*

Personneàprévenirencasd'urgence(nom,tel,mel).....

Lecertificatmédicaln'estplusobligatoirepourlerenouvellementdelalicence,maisseulementpourla1ère inscription.*

- ***Premièreprisedelicence**:fourniruncertificatmédicaldenon-contre-indicationàla pratique des activités de marche et randonnée.*
- ***Renouvellementdelicence**:Attesterci-dessousd'avoirprisconnaissanceet renseigné l'auto-questionnairepersonneldesanté(celui-cresteconfidentiel.Ildoitresterenvotre possession et donc ne pas être envoyé à l'association).*

Jesoussigné(e)M./Mme.....Atteste(nt)avoirremplilequestionnairede santéetavoirréponduNONàtouteslesquestions.

Sij'airéponduOUIàuneouplusieursquestions,jefournisuncertificatmédicaldenon-contre-indicationàlapratiquedes activités de marche et de randonnée

RGDP:J'accepte que lesinformations recueillies sur ce bulletin d'adhésion,y compris le certificat médical, soient conservésenvuedeteniràjourlefichierdesadhérents.Cesinformationsneserontenaucuncastransmisesàdestiers.

Faità: *Signature:*