



Bulletin d'Adhésion

Saison 2024-2025

Monsieur

Madame

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Ville

Code Postal

Téléphone Portable

Adresse Email :

Possède(nt) une imprimante connectée à Internet : oui non

Cotisation individuelle : licence FFRP + RC + accident corporel	32 €	<input type="radio"/>
ou Cotisation couple : licence FFRP + RC + accident corporel	64 €	<input type="radio"/>
Abonnement Passion Rando (4 numéros)	10 €	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

⇒ **Première licence ou interruption supérieure à 2 ans** : joindre un certificat médical daté de moins de 6 mois attestant de la non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre.

⇒ **Renouvellement de licence** : remplir et signer l'attestation ci-contre.

Après signature, envoyer (ou remettre) ce bulletin d'adhésion, accompagné du règlement libellé à l'ordre des Randonneurs d'Argonne, à la secrétaire de l'association :

Madame Josiane MANGEOT

40 avenue de Verdun 51800 SAINTE MENEHOULD

Les licences sont dématérialisées et transmises par e-mail.

Attestation
pour les pratiquants majeurs

Je soussigné Monsieur,

Atteste avoir renseigné le questionnaire santé et avoir :

Répondu NON à toutes les questions : Je ne suis pas invité à consulter mon médecin.

Répondu OUI à une ou plusieurs questions,

Le certificat médical n'étant plus exigé, je peux quand même renouveler ma licence, mais je suis **invité à consulter mon médecin** avec le questionnaire, pour avoir son avis, quant à la poursuite de ma pratique. **Le but étant de me responsabiliser vis à vis de ma santé.** Ce choix de consulter ou non m'appartient.

Date et signature

Attestation
pour les pratiquants majeurs

Je soussignée Madame,

Atteste avoir renseigné le questionnaire santé et avoir :

Répondu NON à toutes les questions: je ne suis pas invitée à consulter mon médecin.

Répondu OUI à une ou plusieurs questions,

Le certificat médical n'étant plus exigé, je peux quand même renouveler ma licence, mais je suis **invitée à consulter mon médecin** avec le questionnaire, pour avoir son avis, quant à la poursuite de ma pratique. **Le but étant de me responsabiliser vis à vis de ma santé.** Ce choix de consulter ou non m'appartient.

Date et signature