



Bulletin d'Adhésion

Saison 2025-2026

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	35 €	<input type="radio"/>
ou Cotisation couple : licence FFRP + RC + accident corporel	70 €	<input type="radio"/>
Abonnement Passion Rando (4 numéros)	10 €	<input type="radio"/> Non <input checked="" 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, au trésorier de l'association :

Monsieur GALLIEN Didier 10 rue de la verrerie 55120 Les ISLETTES

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