



# 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 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