



Bulletin d'Adhésion ou de Renouvellement

Saison 2026-2027

Monsieur

Madame

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Ville

Code Postal

Téléphone Portable

Adresse Email :

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

La cotisation comprend : la licence FFRP + La resp civil + la protec jur + les Accidents Corporels.

Cotisation individuelle : Voir ci dessus.	37 €	☐
ou Cotisation couple :	74 €	☐
Abonnement Passion Rando (4 numéros)	10 €	☐ Non ☐

⇒ **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 Didier GALLIEN
10 RUE DE LA VERRERIE 55120 LES ISLETTES : didiergallien5455@orange.fr ou 0644913001

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