

RANDONNEES ET DECOUVERTES



16 rue Corot - 95430 BUTRY sur OISE
09 75 88 85 95
contact@randonnees-et-decouvertes.fr
www.randonnees-et-decouvertes.fr
Affiliée à la Fédération Française de la Randonnée Pédestre

INSCRIPTION(S) INDIVIDUELLE(S) Année 2017-2018

Cotisation annuelle : 37,00€

A remplir, dater et signer par l'adhérent ou les adhérents s'ils résident à la même adresse :

Nom	Prénom	Date de naissance
1-		
2-		
3-		

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone : LR : O/N

E-mail1 : @ Mobile1 :

E-mail2 : @ Mobile2 :

E-mail3 : @ Mobile3 :

Règlement : € x = € Chèque n° Banque :

Espèces Virement (Mode de paiement préféré)

J'(Nous) ai (avons) noté que le Code du sport fait obligation aux Associations d'une Fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents et de délivrer une licence à tous les membres randonneurs.
Je (Nous) reconnais (sons) qu'en plus de cette garantie qui me (nous) sera acquise, la licence qui m' (nous) a été proposée comprend une assurance couvrant mes (nos) propres accidents corporels. J' (Nous) ai (avons) bien noté qu'il nous a été proposé également des formules d'assurances facultatives supplémentaires à contracter directement en remplissant le formulaire à ma (notre) disposition au club ou téléchargeable à partir du site fédéral : www.ffrandonnees.fr.
Je (Nous) reconnais(sons) qu'il (nous) m'a été remis un formulaire précisant les formalités à accomplir en cas d'accident.
En outre, je (nous) déclare(ons) que la (les) personne(s) figurant sur le présent bulletin est (sont) en bonne condition physique, ne suit(vent) pas de traitement médical pouvant lui (leur) interdire la randonnée pédestre, notamment en montagne. Je (Nous) m'(nous) engage(ons) aussi à ce que la (les) personnes figurant sur le présent bulletin soit(ent) convenablement équipée(s) pour les activités auxquelles elle(s) participera(ront).
Je (Nous) remettrai(ons) dès que possible aux dirigeants le(les) questionnaires(s) de santé dûment rempli(s) et signé(s) avec, le cas échéant, le(s) certificat(s) médical(aux) demandé(s).

A

Le / / 201