

Fiche d'inscription pour les licences **adultes**

Saison 2022-2023

Club : SAINT PRIEST MONTAGNE

Gymnase Hector Berlioz – Bd des Roses - 69800 ST PRIEST

À retourner à : spmontagne@gmail.com

Ou à remettre à un responsable du club.



La fiche d'inscription doit être accompagnée du montant correspondant à vos choix, d'un **certificat médical* ou de l'attestation santé (ci-dessous)**

Nouvelle inscription Renouvellement Numéro de licence : _____
 NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : __ / __ / ____ Sexe : _____ Nationalité : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Tél : _____
 Adresse mail : _____

➤ **Première licence**

* certificat médical : loisir alpinisme compétition prescription sport santé
 (Alpinisme = activité d'alpinisme pratiquée au-dessus de 2500m comportant un séjour d'au moins une nuit à cette altitude ou au-dessus).

Je certifie avoir fourni un certificat médical de non-contre-indication aux sports statutaires de la fédération établi le __ / __ / ____ et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques indiquées par mon médecin.

➤ **Renouvellement de la licence**

Si vous pratiquez l'alpinisme, renouvelez le certificat médical chaque saison et complétez :

Je certifie avoir fourni un certificat médical de non-contre-indication aux sports statutaires de la fédération établi le __ / __ / ____ et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques.

Pour toutes les autres activités, vous avez transmis un certificat médical au cours de l'une des 2 saisons précédentes. Le questionnaire de santé que le club va vous remettre est à compléter chez vous. Si toutes vos réponses sont négatives, l'attestation ci-dessous est à compléter, si l'une des réponses est positive vous devez fournir un nouveau certificat médical et complétez ci-dessus. Si vous avez transmis un certificat médical il y a plus de deux saisons, vous devez en fournir un nouveau.

Attestation de santé :

Je soussigné(e) _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____.

Je m'engage à respecter les textes et règlements de la fédération, ainsi que sa charte d'éthique et de déontologie (**obligatoire**).

Signature de l'adhérent :

		ADULTE		FAMILLE		Total
A³	Cotisation club pratiquant incluant licence FFME + garanties RC et assurance Base et cotisation comité territorial + ligue	1 ^{er} adhérent <input type="checkbox"/> 220 €		2 ^{ème} <input type="checkbox"/> 205 €	3 ^{ème} <input type="checkbox"/> 190 €	A =
B	Augmentation des garanties d'assurance (à cocher)	<input type="checkbox"/> Base + 3 €	<input type="checkbox"/> Base ++ 10 €	<input type="checkbox"/> Base + 3 €	<input type="checkbox"/> Base ++ 10 €	B =
Pour ADULTE OU JEUNE OU FAMILLE						
C	Options au choix (à cocher)	<input type="checkbox"/> Ski de piste 5 €	<input type="checkbox"/> VTT 30 €	<input type="checkbox"/> Trail 10 €	<input type="checkbox"/> Slackline / Highline 5 €	C =
D	Indemnités journalières optionnelles (à cocher)	<input type="checkbox"/> IJ 1 18 €	<input type="checkbox"/> IJ 2 30 €	<input type="checkbox"/> IJ 3 35 €		D =
TOTAL GENERAL (A+B+C+D)						

Autorisation :

Je soussigné(e), Madame Monsieur _____

autorise le club :

- à prendre toute disposition utile en cas d'accident,
- à prendre des images sur lesquelles je pourrais figurer, dans le cadre des activités organisées par le club et à les utiliser pour sa communication interne et externe auprès de ses partenaires et des médias.

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus.

À _____, le __ / __ / ____

Signature :

8-10 quai de la Marne - 75019 PARIS

T. +33 (0)1 40 18 75 50

F. +33 (0)1 40 18 75 59

www.ffme.fr