



# BULLETIN D'ADHESION

Saison 2024-2025



Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

Personne à prévenir en cas d'accident (facultatif) :

Téléphone :

Numéro de licence (pour les réinscriptions)

Cotisation individuelle : licence FFRP + responsabilité civile + accident corporel :	51 € <input type="checkbox"/>
Cotisation individuelle avec assurance multi-loisirs IMPN :	63 € <input type="checkbox"/>
Cotisation individuelle sans licence (licence prise dans une autre association)	20 € <input type="checkbox"/>
Revue « Passion Rando » - 4 numéros :	10 € <input type="checkbox"/>

❖ **Première prise de licence ou interruption de 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 aussi bien en plaine qu'en montagne ».

❖ **Renouvellement de licence** : remplir et signer l'attestation ci-contre.

Après signature, envoyer ce dossier d'inscription, accompagné du chèque d'adhésion, **libellé à l'ordre de « Rando Evasion »**, à la trésorière

**Mme Maryse MOREAUX**  
25, Boulevard des Clèches - 51420 Cernay Les Reims

**Les licences vous seront transmises par mail en PDF.**

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'association  
(Consultable et téléchargeable sur [rando-evasion.org](http://rando-evasion.org))

Signature :

## Attestation Pour les pratiquants majeurs

Je, soussigné(e), Mme/M

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

- Répondu NON à toutes les questions
- Répondu OUI à une ou plusieurs questions : je fournis un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

**Date et signature**

## Attestation Pour les pratiquants mineurs

Je, soussigné(e), Mme/M

En ma qualité de représentant légal de :

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu'il/elle a

- Répondu NON à toutes les questions
- Répondu OUI à une ou plusieurs questions : je fournis un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive lors de son renouvellement de licence.

**Date et signature du représentant légal**