



FICHE D'ADHESION 2019

du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2019

N° Adhérent:

NOM: Prénom:

Date de naissance: Adresse:

..... CP: Commune:

Téléphone fixe: Mobile: E-mail:

Personne à prévenir en cas d'accident : Téléphone :

➤ Je désire recevoir le bulletin d'information trimestriel : « Le 34 ! » : par e-mail : ou par courrier :

AUTRES ADHERENTS

	NOM	Prénom	E-Mail	Né(e) le
2				/ /
3				/ /
4				/ /
5				/ /

COUVERTURE DES ACTIVITES PAR LES LICENCES-ASSURANCES

Randonnée pédestre	Alpinisme	Ski alpin (piste et hors-piste)	Ski de randonnée	Raquette	Via Ferrata Via Corda	Escalade	Canyon	VTT	LICENCES
X (1)				X					FFR I(F)RA
X	X (2)	X (3)	X	X	X		X	X (4)	FFR I(F)MPN
X	X	option	X	X	X	X	X	option	FFME

(1): exclus: baudrier, crampons (2): max PD (Peu Difficile) (3): dans le domaine des stations (4): hors VTT de descente et BMX

COTISATION CLUB		1	2	3	4	5	Montant simple	Montant soutien	Total
-25 ans au 01/09/2018	J						12,00	20,00	
25 ans et plus au 01/09/2018	A						22,00	32,00	
Famille (2 adultes et à partir de 2 enfants)	F / F2						56,00	66,00	
Membre à vie	MV						0,00	22,00	
Chômeur (adhérent de plus d'un an)	C						0,00	12,00	
- 25 ans inscrit après le 01/06/2019	JPI						6,00	12,00	
+25 ans inscrit après le 01/06/2019	API						11,00	21,00	

Mur Escalade Berthe de Boissieux							30,00		
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	-------	--	--

LICENCE / ASSURANCE FFME (Formule Base)		Certificat médical annuel obligatoire					Prix licence	Options FFME			
-18 ans au 31/08/2019	FJ						45,00	Base+	3 €	Slackline	5 €
18 ans et plus au 31/08/2019	FA						58,50	Base++	10 €	Trail	10 €
Famille* : 3ème personne et plus	FF2						32,00	Ski piste	5 €	Total options :	
Licence découverte 1 Jour	FLD						6,00	VTT	30 €		

* Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre

LICENCE / ASSURANCE FFRandonnée		Certificat médical obligatoire**					Prix licence	RECAPITULATIF
Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel	IRA					27,00	Montant cotisations :	
Familiale* Responsabilité Civile Accidents Corporels	FRA					54,00	Montant licences :	
Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature	IMPN					37,00	Montant options FFME :	
Familiale* Multi-Loisirs Pleine Nature	FMPN					74,00	Mur d'escalade :	
							Total à payer (5) :	

* Licence Familiale : titulaire + conjoint + enfant(s) mineur(s) ou à charge - 25 ans vivant sous le même toit. ** Ou attestation de santé si renouvellement : voir au verso

(5) Règlement par chèque à l'ordre des : Grimpeurs des Alpes A adresser à: Grimpeurs des Alpes - MNEI – 5 place Bir Hakeim - 38000 GRENOBLE

Banque: Chèque N°: Montant:

Je déclare avoir pris connaissance des conditions et des extensions d'assurance proposées par les fédérations (sites Internet : ffme.fr ou ffrandonnee.fr).

A Grenoble, le

Signature:

ATTESTATION DE SANTE

Le questionnaire de santé qui vous a été remis vous permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous devez fournir un nouveau certificat médical, même si votre dernier certificat date de moins de 3 ans.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, l'attestation ci-dessous est à compléter :

ADHERENT 1

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu NON à toutes les questions. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de.....atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et qu'il/elle a répondu NON à toutes les questions. Date et signature du représentant légal :

ADHERENT 2

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu NON à toutes les questions. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de.....atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et qu'il/elle a répondu NON à toutes les questions. Date et signature du représentant légal :

ADHERENT 3

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu NON à toutes les questions. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de.....atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et qu'il/elle a répondu NON à toutes les questions. Date et signature du représentant légal :

ADHERENT 4

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu NON à toutes les questions. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de.....atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et qu'il/elle a répondu NON à toutes les questions. Date et signature du représentant légal :

ADHERENT 5

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu NON à toutes les questions. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de.....atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et qu'il/elle a répondu NON à toutes les questions. Date et signature du représentant légal :