



TEL : 06.44.96.19.58
info@club-montagne.net

FICHE D'ADHESION 2024/2025
 du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2025



N° Adhérent :

NOM : Prénom Nationalité :
 Date de naissance : Lieu de Naissance : Adresse :
 CP : Commune :
 Téléphone fixe : Mobile : E-Mail :
 Personne à prévenir en cas d'accident : Téléphone :

AUTRES ADHERENTS :

	NOM	Prénom	E-Mail	Né(e) le	Nationalité	Lieu de Naissance
2
3
4

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	Montant simple	Montant soutien	Total
-25 ans au 01/09/2024	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12,00	20,00
25 ans et plus au 01/09/2024	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25,00	35,00
Famille (2 adultes et à partir de 1 enfant)	F / F2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60,00	70,00
Membre à vie	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,00	25,00
Chômeur (adhérent de plus d'un an)	C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,00	12,00
- 25 ans inscrit après le 01/05/2025	JPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6,00	12,00
+25 ans inscrit après le 01/05/2025	API	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12,00	22,00
Mur Escalade Berthe de Boissieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30,00	

LICENCE / ASSURANCE FFME (Formule Base)		Attestation de santé				Prix licence	Options FFME			
-18 ans au 31/08/2025 (réduit après le 01/05/2025)	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61,50	Base+	+3€ <input type="checkbox"/>	Slackline	5 € <input type="checkbox"/>
18 ans et plus au 31/08/2025 (réduit après le 01/05/2025)	FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74,00	Base++	+10 € <input type="checkbox"/>	Trail	10 € <input type="checkbox"/>
Famille ¹ :3ème personne et plus (réduit après le 01/05/2025)	FF2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45,50	Ski piste	5 € <input type="checkbox"/>	Total options :	
							VTT	30 € <input type="checkbox"/>	

¹ Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre

LICENCE / ASSURANCE FFRandonnée		Certificat médical obligatoire ² (- de 6 mois)				Prix licence
Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel	IRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31,00
Famille ³ Responsabilité Civile Accident Corporel	FRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61,50
Jeunes -26 ans au 31/08/2025	IMPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14,00
Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature	IMPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43,00
Famille ³ Multi-Loisirs Pleine Nature	FMPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86,00

RECAPITULATIF

Montant cotisations :
 Montant licences :
 Montant options FFME :
 Mur d'escalade :
Total à payer :

² Ou attestation de santé si renouvellement : voir au verso

³ Licence Familiale : titulaire + conjoint + enfant(s) mineur(s) ou à charge de -25 ans vivant sous le même toit

- **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 :
- **Règlement par virement bancaire** : Grimpeurs des Alpes IBAN : FR76 1027 8089 3300 0205 3480 133 BIC : CMCIFR2A

Je déclare avoir pris connaissance des conditions et des extensions d'assurance proposées par les fédérations (sites Internet : ffme.fr ou ffrandonnee.fr)
 J'accepte le traitement informatisé des données personnelles qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données. J'ai noté que je pourrai exercer les droits qui me sont garantis par le RGPD en m'adressant à l'Association Les Grimpeurs des Alpes.

A Grenoble, le

Signature :

ATTESTATION DE SANTE

RENOUVELLEMENT de LICENCE de la FFRandonnée ou ADHESION à la FFME

Les questionnaires de santé disponibles sur le [site](#) vous permettent de savoir si vous devez consulter votre médecin pour la poursuite de votre activité sportive (FFR) ou si vous devez fournir un certificat médical (FFME). **Le questionnaire de santé reste la propriété de l'adhérent.**

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

Si un **OUI**, vous devez consulter votre médecin pour la poursuite de votre activité et votre renouvellement de licence (**mais pas de nouveau certificat médical obligatoire**) l'attestation ci-dessous est à compléter.

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

Si un **OUI**, il faut fournir un nouveau certificat médical.

LES MINEURS (FFRandonnée et FFME) : questionnaire de l'état de santé du mineur à remplir par l'enfant et le parent,

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, l'attestation ci-dessous est à compléter, si un **OUI**, consulter le médecin

ADHERENT **1**

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **FFR** et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions. Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. 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 **pour les mineurs** 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 **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **FFR** et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions. Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. 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 **pour les mineurs** 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 **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **FFR** et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions. Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. 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 **pour les mineurs** 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 **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **FFR** et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions. Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. 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 **pour les mineurs** et qu'il/elle a répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal :