****TEL : 06.44.96.19.58 **FICHE D’ADHESION 2024/2025**

info@club-montagne.net ***du 1er 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** |
| Randonnéepédestre | 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** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **12,00** | **20,00** | ........................ |
| 25 ans et plus au 01/09/2024 | **A** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **25,00** | **35,00** | ........................ |
| Famille (2 adultes et à partir de 1 enfant) | **F / F2** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **60,00** | **70,00** | ........................ |
| Membre à vie | **MV** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **0,00** | **25,00** | ........................ |
| Chômeur (adhérent de plus d'un an) | **C** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **0,00** | **12,00** | ........................ |
| - 25 ans inscrit après le 01/05/2025 | **JPI** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **6,00** | **12,00** | ........................ |
| +25 ans inscrit après le 01/05/2025 | **API** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **12,00** | **22,00** | ........................ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mur Escalade Berthe de Boissieux** |  |[ ] [ ] [ ] [ ]  **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** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **61,50** | Base+ | +3€ | [ ]  | Slackline | 5 € | [ ]  |
| 18 ans et plus au 31/08/2025 (réduit après le 01/05/2025) | **FA** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **74,00** | Base++ | +10 € | [ ]  | Trail | 10 € | [ ]  |
| Famille**1**:3ème personne et plus (réduit après le 01/05/2025) | **FF2** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **45,50** | Ski piste | 5 € | [ ]  | Total options : |
| **1** Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre |  |  |  |  |  |  | VTT | 30 € | [ ]  | ...................................... |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LICENCE / ASSURANCE FFRandonnnée** |  | Certificat médical obligatoire**2** (- de 6 mois) | Prix licence |  | **RECAPITULATIF** |
| Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel | **IRA** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **31,00** |  | Montant cotisations : ....................... |  |
| Familiale3 Responsabilité Civile Accident Corporel | **FRA** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **61,50** |  | Montant licences : ....................... |  |
| Jeunes -26 ans au 31/08/2025 | **IMPN** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **14,00** |  | Montant options FFME : ................. |  |
| Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature | **IMPN** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **43,00** |  | Mur d’escalade : ................. |  |
| Familiale3 Multi-Loisirs Pleine Nature | **FMPN** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **86,00** |  | **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](https://www.ffme.fr/ffme/licence/) ou [ffrandonnee.fr](https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/decouvrez-la-licence-federale))

[ ]  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](https://www.club-montagne.net/le-club/adherer-au-club/#Certif-QS) 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 : ..........................................................