

## Adhésion à Rando du Dahon et licence FFRandonnée

(Fédération Française de la Randonnée Pédestre)

Année 2023/2024

• Complétez le bulletin ci-dessous. **A fournir OBLIGATOIREMENT (même s'il n'y a pas de changement)**  
En souscrivant une adhésion vous êtes couvert pour les **garanties de base IRA**. Cette assurance couvre la responsabilité civile et les accidents corporels.

• **Ré-adhésion** : Le certificat médical n'est plus demandé.

- **toutefois le questionnaire joint doit être rempli en toute honnêteté et conservé par l'adhérent.**

**Nouvelle adhésion** : joindre un certificat médical d'aptitude à la randonnée (CACI) de moins de 6 mois, et aussi après une interruption de 2 saisons ou plus.

• **Joindre un chèque du montant de votre adhésion :**

Le tarif pour la saison 2023/2024 est de **36,25 €** (licence FFRP **28,25 €** + cotisation R. du Dahon **8,00 €**)

Si vous souhaitez vous abonner un an à « Passion Rando » vous ajoutez **10 €**

• **Pour ceux qui n'ont pas Internet**, joindre 2 enveloppes timbrées à votre adresse pour l'envoi des programmes (**IMPORTANT**)

• **Envoyez le tout à :** **Rando du Dahon 6 rue de l'Hôtel de Ville 25800 VALDAHON**

• **Pour les personnes titulaires d'une licence FFRP auprès d'une autre association** : la cotisation n'est que celle du club soit : **8 €** (sous réserve de produire une photocopie, ou de transférer par mail leur licence avec IRA).

**Adhésion ou Ré-adhésion (1) à la Rando du Dahon et licence FFRandonnée – année 2023/2024**

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	<b>Nationalité :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Adresse :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Code Postal :</b>	
<b>Téléphone fixe :</b>	<b>Tél Portable :</b>	
<b>Mail :</b>		
<b>Nom du Contact si accident :</b>	<b>Son Téléphone :</b>	
<b>N° de licence FFRP (si licencié à une autre association) :</b>	<b>Club :</b>	
<b>Je souhaite m'abonner à Passion Rando (+10 €)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

J'autorise le Club du Dahon à diffuser  
dans le cadre exclusif de son activité :

\* mon image OUI NON

\* mon adresse mail OUI NON

(Entourer la bonne réponse)

J'atteste avoir lu et répondu **NON** au questionnaire de non contre-indication à la pratique sportive (CACI)

DATE :

SIGNATURE