



BULLETIN D'ADHESION FAMILLE ( 1 sur 2)

Saison 2023-2024

Nouvelle adhésion                       Renouvellement   
Numéro de licence (si déjà licencié(e) dans un club FFRandonnée) : .....

Identité de l'adhérent.e :

NOM\* : ..... Prénom\* : .....

Date de Naissance\* : .....

Sexe\* : F     M

Adresse\* : .....

Code Postal\* : ..... Ville\* : .....

Nationalité\* : .....

Téléphone Portable : .....

Téléphone Fixe (facultatif) :

Adresse e-mail\* : .....

P.S. : les champs obligatoires comportent le sigle \*

*Attention votre adresse e-mail est obligatoire pour recevoir votre licence par voie électronique.*

Activité choisie : RANDONNEE     MARCHE NORDIQUE

Cotisation Famille pour la Randonnée et / ou la Marche Nordique : **74€**

(Licence FFRandonnée + Responsabilité civile + Accidents corporels compris)

Revue Passion Rando (4 numéros) : **10€**

Extérieur ayant une licence à jour dans un autre club (FFRandonnée) : **34€**

Total chèque : .....€

Pièces à fournir :

- Pour toute **première prise de licence**, un certificat médical pour la pratique des activités de marche et de randonnée (loisirs et/ou compétition), datant de moins de six mois est obligatoire.

- **Renouvellement annuel de la licence** : le pratiquant doit attester avoir rempli l'auto-questionnaire personnel de santé fourni par la FFRandonnée et avoir répondu « non » à toutes les questions en toute honnêteté.

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  : dans ce cas je fournis un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

Date et signature .....

- Pour les Extérieurs : Photocopie de la licence.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club consultable sur le site : [randogom.e-monsite.com](http://randogom.e-monsite.com)

Fait à ..... le .....2023    Signature :

Envoyer le bulletin d'adhésion + le chèque à l'ordre de RandoGom + le certificat médical (le cas échéant) à  
**Geneviève SUREAU, 6 allée des érables 91940 Les Ulis**

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE :

NOM\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de Naissance\* : .....  
Sexe\* : F  M   
Adresse\* : .....  
Code Postal\* : ..... Ville\* : .....  
Nationalité\* : .....

NOM\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de Naissance\* : .....  
Sexe\* : F  M   
Adresse\* : .....  
Code Postal\* : ..... Ville\* : .....  
Nationalité\* : .....

NOM\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de Naissance\* : .....  
Sexe\* : F  M   
Adresse\* : .....  
Code Postal\* : ..... Ville\* : .....  
Nationalité\* : .....

NOM\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de Naissance\* : .....  
Sexe\* : F  M   
Adresse\* : .....  
Code Postal\* : ..... Ville\* : .....  
Nationalité\* : .....

NOM\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de Naissance\* : .....  
Sexe\* : F  M   
Adresse\* : .....  
Code Postal\* : ..... Ville\* : .....  
Nationalité\* : .....