

BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

Saison 2025-2026

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

Identité

NOM* : Prénom* :

Date de Naissance* :

Sexe* : F ☐ M ☐

Adresse* :

Code Postal* : Ville* :

Nationalité* :

Téléphone Portable :

Téléphone Fixe (facultatif) :

Adresse e-mail* :

Personne à prévenir en cas d'urgence : Téléphone :

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

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

Intéressé(e) par : RANDONNEE ☐ MARCHE NORDIQUE ☐ ENDURANCE ☐

Cotisation individuelle adulte : **40€** ☐

(Licence FFRandonnée + Responsabilité civile + Accidents corporels compris)

Cotisation individuelle JEUNE (moins de 26 ans) : **20€** ☐

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

Extérieur ayant une licence (FFRandonnée) à jour dans un autre club : **20€** ☐

Total paiement :€

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 remplir et fournir l'attestation en page 2.

- Pour les Extérieurs : Photocopie de la licence

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club consultable sur le site : www.randogom.com

Fait à le/...../ 2025

Signature

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je, soussigné(e), Mme / M

Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé et avoir

- ☐ Répondu NON à toutes les questions : je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence.
- ☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) : j'atteste avoir pris connaissance que la commission médicale me conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées (loisirs et/ou compétition) tout en sachant que le certificat médical n'est plus exigé.

DATE ET SIGNATURE

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MINEURS

Je soussigné M/Mme Prénom :

Exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : Nom :

.....

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu seul par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale

Vous pouvez envoyer ce bulletin d'inscription rempli avec un certificat médical (1^{ère} inscription) :

- soit par mail à g.sureau@wanadoo.fr
- soit par courrier à **Geneviève SUREAU, 6 allée des érables 91940 Les Ulis**

Indiquer le mode de paiement utilisé (rayer la mention inutile)

- par chèque : envoyer votre chèque libellé à l'ordre de Randogom à
Geneviève SUREAU, 6 Allée des Erables 91940 LES ULIS.
- par virement en précisant « Cotisation » dans le motif du règlement
IBAN : CLUB RANDONNEE RANDOGOM : FR76 1027 8060 0900 0205 2640 129