



Inscriptions aux Marcheurs de la Sinope – Année 2023

N° inscrire que les personnes qui marchent, les enfants et petits enfants uniquement si le couple est inscrit, en précisant leur nom de famille s'il est différent de celui du couple.

Chef de famille		Conjoint	
Nom :	.....	Nom :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Date de naissance :	.....	Date de naissance :	.....

Enfants			Petits enfants		
Nom	.....	.....	Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....	Prénom	.....	.....
Date de naiss.	.....	.....	Date de naiss.	.....	.....

Adresse de la famille : N° : Rue :
Code postal : Ville :

Téléphone Fixe : Mobile :
E-mail :@.....

J'accepte de recevoir les informations du club par e-mail

Obligatoire : Fournir un certificat médical autorisant la pratique de la randonnée pédestre, pour chaque membre inscrit.

INSCRIPTION AU CLUB

Formule choisie :	<i>Individuelle</i>	Responsabilité civile (IR)	25,85€ + 9,00€ = 34,85 €	<input type="checkbox"/>	<i>option à cocher</i>
		Accidents corporels (IRA)	28,00€ + 9,00€ = 37,00 €	<input type="checkbox"/>	
		Multi-loisirs Pleine Nature (IMPN)	38,00€ + 9,00€ = 47,00 €	<input type="checkbox"/>	
	<i>Familiale</i>	Responsabilité civile (FR)	51,25€ + 13,00€ = 64,25 €	<input type="checkbox"/>	
		Accidents corporels (FRA)	55,80€ + 13,00€ = 68,80 €	<input type="checkbox"/>	
		Multi-loisirs Pleine Nature (FMPN)	75,80€ + 13,00€ = 88,80 €	<input type="checkbox"/>	
	<i>Familiale Mono Parentale</i>	Accidents corporels (FRAMP)	31,60€ + 9,00€ = 40,60 €	<input type="checkbox"/>	

Abonnement à Passion Rando (magazine) ajouter 10 € : Oui Non

Somme versée :€ En chèque En espèces

VOUS ETES DEJA INSCRIT A LA FFR DANS UN AUTRE CLUB

Si vous avez choisi un autre club pour votre licence, vous ne payez que l'adhésion aux « **Marcheurs de la Sinope** ». Merci de préciser : Club d'affiliation : - N° de licence : Type :

Somme versée : 9€ (personne seule) 13€ (pour un couple) En chèque En espèces

Libellez votre chèque à l'ordre de Marcheurs de la Sinope

FICHE MEDICALE OBLIGATOIRE

Nom :

Prénom :

Etes vous sujet à des malaises ? Lesquels ? Ne donnez que les signes essentiels (malaise, perte de connaissance, crise d'étouffement, fatigue soudaine ou inexplicquée...)

prévenir :

Les gestes à pratiquer :

Les médicaments que j'ai sur moi,

ainsi que l'endroit où ils sont conservés :

EN CAS DE PROBLEME, Nom de la personne à

Tél. fixe

Tél. portable

EN CAS DE PROBLEME, Nom du médecin traitant :

