



## Inscriptions aux Marcheurs de la Sinope

### Renouvellement 2025 - 2026

Membre inscrit :

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. portable : .....

Mail : .....@.....

Conjoint

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. portable : .....

Mail : .....@.....

☐ J'accepte de recevoir les informations du club par mail

#### INSCRIPTION au CLUB

Individuelle :

Option à cocher

Responsabilité civile + accidents corporels ( IRA ) 30,85 € + 10,00 € = 40,85 € ☐

Multi-Loisirs Pleine Nature ( IMPN ) 42,90 € + 10,00 € = 52,90 € ☐

Familiale :

Responsabilité civile + accidents corporels ( FRA ) 61,50 € + 20,00 € = 81,50 € ☐

Multi-Loisirs Pleine Nature ( FMPN ) 85,60 € + 20,00 € = 105,60 € ☐

Jeune : ( moins de 26 ans )

Responsabilité civile + accidents corporels ( JEUNE ) 14,00 € + 5,00 € = 19,00 € ☐

Abonnement à Passion Rando ( magazine ) ajouter 10,00 € ☐ oui ☐ non

Somme versée : ..... € ☐ chèque\* ☐ espèces

#### **Vous êtes déjà licencié à la Fédération Française de Randonnée dans un autre club**

Vous ne payez que l'adhésion aux « Marcheurs de la Sinope » ( nous communiquer le numéro de votre licence )

Somme versée : ☐ 10 € par personne

☐ chèque\* ☐ espèces

☐ Je reconnais avoir lu et accepte le règlement intérieur.

- Libellez votre chèque à l'ordre de « *Marcheurs de la Sinope* »

Inscription à retourner à :

Etienne AMOURETTE – 202 rue L'Amandier – Turlaville – 50110 CHERBOURG-EN-COTENTIN

Mail : [etamourette@mailo.com](mailto:etamourette@mailo.com) ou [tresorier@marcheursdelasinope.com](mailto:tresorier@marcheursdelasinope.com)

Tél portable : 06 80 62 10 95

## Attestation sur le questionnaire de santé ( à rendre avec l'inscription )

Je soussigné(e), Mme/M .....

☐ J'atteste avoir rempli le questionnaire personnel de santé fourni. En cas de réponse positive à une ou plusieurs questions, la commission médicale fédérale conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées, **mais le certificat médical n'est plus exigé**. Ce questionnaire est la propriété du licencié et ne doit pas être montré au club ou à ses animateurs.

Date et signature

Je soussigné(e), Mme/M .....

☐ J'atteste avoir rempli le questionnaire personnel de santé fourni. En cas de réponse positive à une ou plusieurs questions, la commission médicale fédérale conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées, **mais le certificat médical n'est plus exigé**. Ce questionnaire est la propriété du licencié et ne doit pas être montré au club ou à ses animateurs.

Date et signature

-- ✂ ----- ✂ --

### Fiche de renseignements à avoir sur soi ou dans le sac à dos lors des randonnées ( en cas de problème ) :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de la personne à prévenir :

Tél :

Avez-vous un suivi médical : ☐ non ☐ oui : avoir une photocopie de votre prescription médicale sur vous qui sera transmise aux secours si besoin

En cas de problème, nom du médecin traitant + Tél :

-- ✂ ----- ✂ --

### Fiche de renseignements à avoir sur soi ou dans le sac à dos lors des randonnées ( en cas de problème ) :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de la personne à prévenir :

Tél :

Avez-vous un suivi médical : ☐ non ☐ oui : avoir une photocopie de votre prescription médicale sur vous qui sera transmise aux secours si besoin

En cas de problème, nom du médecin traitant + Tél :