



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 :

Responsabilité civile + accidents corporels (IRA)	30,85 € + 10,00 € = 40,85 €	<input type="checkbox"/>
Multi-Loisirs Pleine Nature (IMPN)	42,90 € + 10,00 € = 52,90 €	<input type="checkbox"/>

Familiale :

Responsabilité civile + accidents corporels (FRA)	61,50 € + 20,00 € = 81,50 €	<input type="checkbox"/>
Multi-Loisirs Pleine Nature (FMPN)	85,60 € + 20,00 € = 105,60 €	<input type="checkbox"/>

Jeune : (moins de 26 ans)

Responsabilité civile + accidents corporels (JEUNE)	14,00 € + 5,00 € = 19,00 €	<input type="checkbox"/>
---	----------------------------	--------------------------

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 – Tourlaville – 50110 CHERBOURG-EN-COTENTIN

Mail : etamourette@mailo.com ou 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

---X---

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 :

---X---

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 :