



Inscriptions « nouveaux adhérents » aux Marcheurs de la Sinope

Saison 2025-2026

Membre inscrit :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. portable :

Mail :@.....

Conjoint :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. portable :

Mail :@.....

Adresse de la famille : N° Rue

Code postal.....Ville

Téléphone : Fixe

☐ 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, et le nom du club d'affiliation et pas besoin de fournir un certificat médical )

Somme versée : ☐ 10 € par personne ☐ chèque\* ☐ espèces

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

☐ Je reconnais avoir lu et accepte le règlement intérieur.

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

Inscription à retourner à :

Etienne AMOURETTE – 202 rue L'Amandier – Tourlaville – 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

-----✂-----

Fiche de renseignements à avoir sur soi ou dans le sac à dos lors des randonnées :

|                                                                                                                                                                                                |  |                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|
| Nom : .....                                                                                                                                                                                    |  | Prénom : ..... |  |
| En cas de problème :                                                                                                                                                                           |  |                |  |
| Nom de la personne à prévenir :                                                                                                                                                                |  | Tél :          |  |
| Avez-vous un suivi médical : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 :

|                                                                                                                                                                                                |  |                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--|
| Nom : .....                                                                                                                                                                                    |  | Prénom : ..... |  |
| En cas de problème :                                                                                                                                                                           |  |                |  |
| Nom de la personne à prévenir :                                                                                                                                                                |  | Tél :          |  |
| Avez-vous un suivi médical : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 :                                                                                                                                            |  |                |  |