



Inscriptions aux Marcheuses de la Sinope Renouvellement 2024-2025

Membre inscrit : Conjoint
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Mail :@..... Mail :@.....

J'accepte de recevoir les informations du club par mail

INSCRIPTION au CLUB

Individuelle : Option à cocher

Responsabilité civile + accidents corporels (IRA)	28,25 € + 10,00 € = 38,25 €	<input type="checkbox"/>
Multi-Loisirs Pleine Nature (IMPN)	40,30 € + 10,00 € = 50,30 €	<input type="checkbox"/>

Familiale :

Responsabilité civile + accidents corporels (FRA)	56,30 € + 20,00 € = 76,30 €	<input type="checkbox"/>
Multi-Loisirs Pleine Nature (FMPN)	80,40 € + 20,00 € = 100,40 €	<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

• Libellez votre chèque à l'ordre de « Marcheuses de la Sinope »

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

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

Somme versée : 10 € par personne

chèque* espèces

• Libellez votre chèque à l'ordre de « Marcheuses de la Sinope »

Inscription à retourner à :

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

Mail : etamourette@outlook.com ou marcheusesdelasinope@gmail.com

Tél portable : 06 80 62 10 95

Questionnaire de santé

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, le 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 sac à dos lors des randonnées (en cas de problème) :

Nom : Prénom :

Nom de la personne à prévenir :

Tél :

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

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

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, le 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 sac à dos lors des randonnées (en cas de problème) :

Nom : Prénom :

Nom de la personne à prévenir :

Tél :

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

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