

INSCRIPTION 2024 - 2025

NOM :

PRENOM :

ADRESSE complète :

.....

N ° de Tél : Tél Portable

Adresse Mail :

Date de naissance :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Mr ou Mme Tél :

**Cotisation annuelle : 25 € par chèque à
l'ordre de CHALAMONT RANDO**

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les règles
- J'autorise Chalamont Rando à publier mes images qui pourraient être prises dans le cadre des activités de l'Association

Certificat médical :

- Pour les nouveaux adhérents, un certificat médical de moins d'un an d'aptitude à la randonnée devra être fourni lors de l'inscription (valable 3 saisons)
- Pour les anciens adhérents

Pas de certificat médical à fournir car j'ai répondu **non à toutes les questions** du questionnaire de santé.

Ou

Certificat médical à fournir si j'ai répondu **oui à une ou plusieurs questions** du questionnaire de santé (ne pas joindre le questionnaire)

Date

Signature

P.S. Le questionnaire de santé est confidentiel et vous le gardez, il aide à choisir la case à cocher ci-dessus. L'inscription n'est complète que lorsque le certificat médical éventuel est fourni