



# C.S.M.E

## Randonnée Pédestre

[www.randeaubonne.fr](http://www.randeaubonne.fr)



### BULLETIN D'ADHESION

À retourner à :

**Christine Carmené**  
**42, Chaussée Jules César**  
**95600 EAUBONNE**

### Cotisation saison 2023-2024

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

	Tarif normal
Adhésion ou renouvellement	56 €
Adhésion (avec licence prise autre club) ou mineur	28 €
Abonnement Rando-magazine (facultatif)	10 €
<b>Total</b>	

*Toute adhésion au club entraîne l'obtention d'une licence FFRandonnée incluant une assurance Responsabilité Civile et Accident Corporel*

*Chèque à établir à l'ordre du « CSME Randonnée Pédestre »*

*Etablir un bulletin par personne*

**Loi sur le sport du 23/03/1999**

Conformément à l'article 3622-1 du nouveau code de la santé publique, la délivrance d'une licence sportive est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités sportives et physiques. Ce point est stipulé dans le règlement intérieur.

#### **Une nouveauté cette année.**

Afin d'inciter les adhérents à amener à s'inscrire dans leur club de randonnée, pour l'année 2023/2024 de nouveaux randonneurs, le **codérando** ouvre une campagne de parrainage.

Conditions pour bénéficier des avantages de cette campagne :

- Amener une personne n'ayant jamais été inscrite à la FFRandonnée.
- Que cette personne s'inscrive dans notre club.
- Le parrain ou la marraine ainsi que la ou le filleul auront une remise de 5€ chacun
- Chaque personne ne peut parrainer que 2 filleuls

# BULLETIN D'ADHESION

NOM ou nom d'usage (en majuscules) :

Prénom

N° licence fédérale si licence prise par un autre club :

Date de naissance :

Téléphone :

Portable :

Courrier électronique obligatoire :

*Dorénavant dès votre inscription, la FFRP vous adressera directement par mail un lien pour télécharger votre licence, il vous appartiendra de la charger sur votre smartphone ou l'imprimer et l'avoir sur vous lors de vos sorties avec le club.*

Adresse :

Code postal/Ville :

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des garanties d'assurances souscrites par le CSME et liées à la cotisation FFRP.

Je pratique : la Randonnée  La Marche Nordique  La Marche Nordique Santé

Je fournis un certificat médical correspondant aux activités choisies.

Droit à l'image :

J'accepte l'utilisation de mon image par le club exclusivement à des fins internes : oui  non   
(diffusion de photos sur le site internet du club, les panneaux d'exposition et les diaporamas, lors des manifestations du club.)

RGPD :

Je reconnais avoir eu connaissance des mentions d'utilisation de mes données personnelles par l'association « CSME - Randonnée Pédestre ».

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat du C.S.M.E Randonnée pédestre.

Je souhaite recevoir des informations de la FFRP :

oui  non

Je souhaite recevoir des informations des partenaires de la FFRP :

oui  non

Je joins à ce bulletin d'adhésion :

- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée, ou à la pratique de la marche nordique, ou à la pratique de la randonnée **et** de la MN (conseillé), de moins de 3 mois.
- **ou** une attestation de réponse négative au questionnaire de santé,
- et un chèque du montant de la formule choisie établi à l'ordre de « CSME Randonnée Pédestre »

*Le certificat médical doit dater de moins de 3 mois. Il sera, à compter de cette année, obligatoire soit en cas de nouvelle inscription ou en cas d'interruption de plus de deux ans de la randonnée. Les licenciés actuels devront fournir l'attestation de réponses négatives au questionnaire de santé après avoir rempli avec sincérité le dit questionnaire de santé (qui doit rester en leur possession).*

Date :

Signature :