



DEMANDE DE LICENCE FFRandonnée SAISON 2017-2018

Renouvellement **Nouvelle Licence**

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Né(e) le : / / Sexe : Féminin Masculin

Tél :

Email* :

Cadre réservé au club

Payé le : ___ / ___ / ____

Encaissé par : _____

Saisie informatique : _____

le : ___ / ___ / ____

par _____

Commentaires : _____

*Attention vous recevrez les informations club, fédérales et offres partenaires . Merci d'indiquer une adresse valide et lisible.

Choix et tarif de la licence avec assurances (cocher les cases)	<input type="checkbox"/> base	avec abonnement à Passion Rando
IRA licence individuelle avec RC et accidents corporels	<input type="checkbox"/> 45,00 €	<input type="checkbox"/> 51,00 €
IMP licence individuelle multiloisirs pleine nature	<input type="checkbox"/> 55,00 €	<input type="checkbox"/> 61,00 €
FRA licence familiale avec RC et accidents corporels	<input type="checkbox"/> 80,00 €	<input type="checkbox"/> 86,00 €
FRAMPN licence familiale multiloisirs pleine nature	<input type="checkbox"/> 100,00 €	<input type="checkbox"/> 106,00 €
FRAMP licence famille monoparentale avec RC et accidents corporels	<input type="checkbox"/> 49,00 €	<input type="checkbox"/> 55,00 €
Pour plus de détails voir le site de la ffrando www.ffrandonnee.fr		

pour les licences familiales liste des personnes rattachées

NOM	Prénom	Né (e) le	sexe

Certificat médical obligatoire

- pour les nouvelles licences, il doit dater de moins d'un an (date de visite) : ___ / ___ / ____

- pour les renouvellements, les certificats sont valables 3 ans, date du précédent ___ / ___ / ____

- remplir le questionnaire de santé

- :Si vous avez répondu **Oui** à au moins une question vous devez fournir un certificat médical de moins d'un an.

Je soussigné déclare : (COCHEZ LES CASES) :

- Avoir pris connaissance du contenu du résumé des garanties d'assurance, avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription des différentes garanties complémentaires pour les personnes pratiquant des activités statuariques relevant de la FFRando.
- Accepter recevoir de la part du Club les informations sur les sorties et animation du club et les offres partenaires.
- avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé. si pas de certificat médical.

Fait à :

le :

Nom et signature :