



Association des Randonneurs Pédestres du Sud de l'Aisne

Association loi du 01/07/1901

Siège Social : 02400 Château-Thierry

Bulletin d'adhésion Saison 2024/2025

Valable du 1er Septembre 2024 au 31 Août 2025..

à renvoyer à Annie METIVIER - 15, rue de la Louvière - 02310 Villiers Saint Denis

Nom : Prénom : Sexe : Date de naissance :

Personne rattachée (pour l'adhésion famille) : Nom : Prénom :

Sexe : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. portable :

E-Mail :

Première adhésion : OUI NON ou Renouvellement de licence : OUI NON

N° de licence (inscrit sur la licence en votre possession) : Adhérent : Personne rattachée :

Accepte de recevoir de l'information de la Fédération Française de la Randonnée, ou leurs partenaires : OUI NON

	Prix
Choix de licence avec son type d'assurance* (IR, IRA, IMPN, FR, FRA, FMPN, (voir explication jointe)	
Abonnement " PassionRando " pour 4 numéros (pour un an) : 10 €	
Total	=

*Pour la Rando Santé[®], vous devez choisir IRA ou FRA ou FRAMP.

Le chèque est à établir à l'ordre de : Association des Randonneurs Pédestres du Sud de l'Aisne ou ARPSA et doit être accompagné d'un certificat médical ou d'une attestation de réponses négatives au questionnaire de santé, conformément aux nouvelles règles en vigueur.

Je demande l'adhésion à l'Association des Randonneurs Pédestres du Sud de l'Aisne pour la saison 2024/2025. Je m'engage à respecter les consignes de sécurité pour le groupe et moi-même et à suivre les indications des animateurs de la randonnée. Je reconnais avoir reçu une information sur l'assurance accident corporel. Je joins à mon adhésion, un certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique de : la randonnée pédestre, Rando Santé[®], Marche nordique, Marche aquatique côtière, Rando challenge[®] en compétition, la raquette à neige ou une attestation de réponses négatives au questionnaire de santé. * Préciser la ou les activités pratiquées (sur le certificat médical).*

Je déclare être en bonne condition physique, ne pas suivre de traitement médical pouvant m'interdire la marche notamment en montagne et m'engage à être convenablement équipé pour les activités auxquelles je participerai.

J'autorise l'ARPSA ainsi que les ayants droits, tels que les partenaires et les médias, à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles je pourrais apparaître, prises à l'occasion de ma participation aux activités organisées par l'ARPSA ou avec la participation de l'ARPSA, sur tous les supports y compris les documents promotionnels et ou publicitaires.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du Règlement intérieur de l'association et m'engage à le respecter, ainsi qu'un questionnaire de santé, une attestation de réponse au questionnaire de santé et un exemple de certificat médical.

Fait à : Le : Signature :

Réservée à l'association : Numéro du chèque : Banque :

Adhérent : Date du certificat médical : par Docteur :

Date de la demande de licence à la FFRandomnée : Numéro de licence :

Personne rattachée : Date du certificat médical : par Docteur :

Date de la demande de licence à la FFRandomnée : Numéro de licence :