



Bulletin d'inscription ou de réinscription (1)

PERIODE SEPTEMBRE 2020 AOUT 2021

NOM : PRENOM :

Adresse mail :

Adresse :

Ville : Code postal :

N° Tél : Tél portable :

Date de naissance : N° de licence :

Je souhaite recevoir de l'Association toutes les informations et les programmes : par courrier / par e-mail (1)

J'adhère à l'association « ARVAL » pour la saison 2020/2021 selon la formule choisie

| Formule Licence | Coût de la licence | Coût adhésion ARVAL | TOTAL |
|--|--------------------|------------------------------|-------|
| Individuelle IRA Assurance comprise | 28€ | 19€ | 47€ |
| Pour un couple Familiale FRA Assurance comprise | 55€80 | 38€ | 93€80 |
| Adhésion « bienfaiteur » | | 19€ | 19€ |
| Je souscris la licence dans une autre association Joindre la photocopie de la licence en cours | | 19€ individuel 38€ couple | |

(1) Rayer les mentions inutiles -

J'ai noté que la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 fait obligation aux associations d'une fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents et de délivrer une licence à tous les membres randonneurs.


Je reconnais avoir été informé du droit à l'image pour le site internet de l'association.

En outre, je déclare être en bonne condition physique, ne pas prendre de traitement médical pouvant m'interdire la randonnée pédestre, et m'engage également à être convenablement équipé pour les activités auxquelles je participerai.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur téléchargeable sur le site arval60-rando.com ou par écrit sur demande.

Merci de retourner le dossier avec le bulletin complété et signé, le chèque à l'ordre de l'ARVAL et éventuellement le certificat médical Voir au verso les instructions pour le Certificat médical

à l'adresse suivante ARVAL Joël LOEWEISTEIN 7 rue de la danse aux fées
60750 Choisy au Bac ou à l'occasion d'une randonnée

suite == 

Pour l'établissement de la **licence familiale** ou de la **licence monoparentale**, veuillez indiquer ci-dessous :

Nom et Prénom du conjoint, des enfants mineurs, des enfants majeurs de moins de 25 ans fiscalement à charge et vivant sous le même toit que leurs parents

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE |
|-----|--------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Le certificat médical de non-contre indication à la pratique de la randonnée (téléchargeable sur le site ou remis sur demande) est **obligatoire** dans les situations suivantes :

1. Vous êtes nouvel adhérent à l'ARVAL
2. Si vous **avez répondu oui à l'une des questions du questionnaire de santé, (téléchargeable sur le site) pour les personnes dont le certificat médical à moins de 3 ans**
3. Si votre dernier certificat médical a été établi il y a plus 3 ans
4. Si vous adhérez à la rando santé

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'adhésion à l'ARVAL, exposées au recto
J'accepte de recevoir les informations de la FFRP : oui non (1)

Signatures des adhérents indiqués sur ce bulletin (précédée de la mention « lu et approuvé »)

A..... le.....

ARVAL
Joël LOEWEISTEIN
7 rue de la danse aux fées
60750 – CHOISY AU BAC Tel : 06 18 20 40 21

www.arval60-rando.com