

Première Adhésion :

Un Certificat médical de non-contre-indication à la randonnée pédestre est **obligatoire !**

- **Choix A** : Cotisation Fédérale + Assurance + Club **40 €**
- **Choix B** : Cotisation Fédérale + Assurance + Club + Abonnement à la revue **PASSION RANDO*** **50 €**

Renouvellement d'adhésion :

- **Choix A** : Cotisation Fédérale + Assurance + Club **40 €**
- **Choix B** : Cotisation Fédérale + Assurance + Club + Abonnement à la revue **PASSION RANDO*** **50 €**

Durant la validité de 3 ans du certificat médical, le pratiquant doit répondre au questionnaire de santé, **voir document annexe.**

Si vous répondez **NON** à toutes les questions et que vous l'attestez, vous êtes **dispensé du Certificat médical !**

Si vous avez répondu **OUI** à une seule question, ou que vous **refusez d'y répondre**, vous devez **présenter un certificat médical datant de moins d'un AN au jour de prise d'adhésion !**

- **Choix C** : Carte Adhérent seule + **copie licence FFRP 2022 / 2023** **20 €**

1 / Par carte bancaire sur le site www.randoleiesclops.fr avec « PAYASSO », voir le mode d'emploi et joindre les documents demandés, formule à privilégier s'il vous plaît.

2 / Règlement par chèque du montant A, B ou C, libellé à l'ordre de « LEI ESCLOPS Saint-Pérollais ». Joindre si besoin le Certificat Médical de Non Contre-Indication à la pratique de la randonnée pédestre ou l'attestation de santé dûment remplie ou la photocopie licence FFRP 2022/2023 AVEC le bulletin complété ci-dessous à :

Madame Christine GUENEBAUD
6 Allée des Eglantiers - 07500 GUILHERAND GRANGES

**Fournir obligatoirement le bulletin d'adhésion dûment rempli et signé
Téléphone et adresse mail indispensable.**

Bulletin d'adhésion LEI ESCLOPS Saint-Pérollais 2022 / 2023.

Nom : Prénom :

Date de naissance : JOUR..... / MOIS..... / ANNEE.....

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél : Email :

A adresser à : **Madame Christine GUENEBAUD - 6 Allée des Eglantiers - 07500 GUILHERAND GRANGES**

Accompagné d'un **chèque de 40 €** (cotisation + assurance) + **attestation de santé ou CMNCI.**

D'un **chèque de 50 €** (cotisation + assurance + revue) + **attestation de santé ou CMNCI.**

D'un **chèque de 20 €** (carte adhérent LEI ESCLOPS) + **copie de licence FFRP.**

Date :

Signature :