

## DEMANDE DE LICENCE FFRandonnée SAISON 2024 - 2025

**Renouvellement**     **Nouvelle Licence**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Né(e) le : ...../...../.....	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Tél : .....	
Email* : .....	

**Cadre réservé au club**

Payé le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Encaissé par : \_\_\_\_\_

Saisie informatique : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
par \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\*Attention vous recevrez par mail votre licence, les informations club et fédérales. 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
<b>IRA</b> individuelle avec RC et accidents corporels	<input type="checkbox"/> 50,00 €	<input type="checkbox"/> 60,00 €
<b>FRA</b> licence familiale avec RC et accidents corporels	<input type="checkbox"/> 88,00 €	<input type="checkbox"/> 98,00 €
<b>FRAMP</b> licence famille monoparentale avec RC et accidents corporels	<input type="checkbox"/> 54,00 €	<input type="checkbox"/> 64,00 €
<b>IMPN</b> individuelle multiloisirs pleine nature course montagne peu difficile	<input type="checkbox"/> 60,00 €	<input type="checkbox"/> 70,00 €
<b>FMPN</b> licence familiale multiloisirs pleine nature course montagne	<input type="checkbox"/> 108,00 €	<input type="checkbox"/> 118,00 €
Pour plus de détails voir le site de la ffrando <a href="http://www.ffrandonnee.fr">www.ffrandonnee.fr</a>		

pour les licences familiales liste des personnes rattachées

NOM	Prénom	Né (e) le	sexe

### Obligation de présentation d'un certificat médical

- 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 :