**Adhésion 2023-2024 au club de randonnée pédestre
Mil’Pat 86190 Vouillé** (à retourner à Régis Bregeon avant le 25 Août)

NOM **: ………………………………Prénom : ………………………………**

**Date de naissance : \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ \_ \_**

**Adresse : ………………………………………………………………………………….**

**Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : ……………………………………………………….**

**Adresse électronique : ……………………………………… ………………….**

**Tél. domicile : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Tél. mobile : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Avez-vous déjà une licence FF Randonnée de l’année en cours ? OUI – NON (rayer la mention inutile)**

**Si oui, numéro de licence : …………………………. Club : ………………….**

**Tarifs :**

 ** Licence IRA avec RC et accidents corporels + adhésion au club MIL’PAT : 43,75 €**

**Adhésion seule au club MIL’PAT (déjà licencié FFRandonnée) : 14,50 €**

**Abonnement à Rando- Passion (4 numéros pour 10 €)**

**Soit un total de : …………. € à régler par chèque à l’ordre du MIL’PAT (attention : la somme en chiffres et en lettres doit être identique).**

**L’association peut utiliser tout document audiovisuel sur lequel j’apparais, réalisé pendant nos activités aux fins d’album, diaporama lié à notre activité. J’autorise l’association à diffuser mes coordonnées aux adhérents de l’association**

**\* Attestation d ‘honorabilité au verso à remplir et signer**

**Important**

* **Pour une première demande de licence : certificat médical de moins d’1 an de non contre- indication à la randonnée obligatoire.**
* **Pour un renouvellement de licence : attestation ou certificat médical suivant réponse au questionnaire de santé.**
* **Pour une demande d’adhésion au club seule, lorsque vous avez une licence dans un autre club, fournir la copie de licence 2023-2024 obligatoire.**
* **Le certificat médical est à renouveler tous les 3 ans même en cas de réponse Non au questionnaire médical.**

**Le questionnaire de santé doit rester en possession de l’adhérent**

**Je soussigné(e)……………………………………. atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir :**

* **Répondu NON à toutes les questions,**
* **Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) : dans ce cas, je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.**
* **Pour les inscriptions au Rando challenge Expert, le certificat médical est obligatoire.**

**Fait à :  ……………………. le : .……………………. Signature :**

 **Régis BREGEON mail : regis.bregeon@sfr.fr
 13 Rue des colverts tél : 06 29 92 09 72
 86190 AYRON**

**RAPPEL: les consignes de sécurité et sanitaires doivent être respectées en fonction de la réglementation en vigueur.**

**ATTESTATION**

**à faire remplir par tous les licenciés de votre structure**

**nécessitant un contrôle d’honorabilité**

(dirigeants élus, encadrants, entraineurs, animateurs…)

**A conserver**

*« La licence que je sollicite me permet d’accéder aux fonctions d’éducateur sportif*

*et/ou d’exploitant d’établissement d’activités physiques et sportives au sens des*

*articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport.*

*A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération*

*aux services de l’Etat afin qu’un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de*

*l’article L.212-9 du code du sport soit effectué. »*

J’ai compris et j’accepte ce contrôle.

 Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



Date :

Nom de naissance :

Ville de naissance :

Pays de naissance :

Nom d’usage :

1

er

prénom de naissance :

Département de naissance :