



INSCRIPTION 2026 - 2027

NOM :

PRENOM :

ADRESSE complète :

.....

N ° de Tél : Tél Portable

Adresse Mail :

Date de naissance :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Mr ou Mme Tél :

Cotisation annuelle : 25 € par chèque à l'ordre de CHALAMONT RANDO

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les règles
- J'autorise Chalamont Rando à publier mes images qui pourraient être prises dans le cadre des activités de l'Association

Certificat médical :

- Pour les nouveaux adhérents, un certificat médical de moins d'un an d'aptitude à la randonnée devra être fourni lors de l'inscription (valable plusieurs saisons)
- Pour les anciens adhérents

■ Pas de certificat médical à fournir car j'ai répondu non à toutes les questions du questionnaire de santé.
Ou

■ Certificat médical à fournir si j'ai répondu oui à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé
(ne pas joindre le questionnaire)

Date

Signature

P.S. Le questionnaire de santé est confidentiel et vous le gardez, il aide à choisir la case à cocher ci-dessus.
L'inscription n'est complète que lorsque le certificat médical éventuel est fourni