Adhésion à Rando du Dahon et licence FFRandonnée

(Fédération Française de la Randonnée Pédestre) Année 2026/2027

Complétez le bulletin ci-dessous. **A fournir OBLIGATOIREMENT (même s'il n'y a pas de changement)**

En souscrivant une adhésion vous êtes couvert pour les **garanties de base IRA**. *Cette assurance couvre la responsabilité civile*

Ré-adhésion : Le certificat médical n'est plus demandé.

. ***toutefois le questionnaire joint doit être rempli en toute honnêteté et conservé par l'adhérent.***

Nouvelle adhésion : joindre un certificat médical d'aptitude à la randonnée (CACI) de moins de 6 mois, et aussi après une interruption de 2 saisons ou plus.

Joindre un chèque du montant de votre adhésion : soit 41€ ou 43€

☐ Je choisis l'option avec le tarif de 31€ pour la saison 2026/2027 (licence FFRP **31 €** + cotisation R. du Dahon **10 €)**

☐ Je choisis l'option avec le tarif de 33€ (incluant la garantie accidents corporels) pour la saison 2026/2027 (licence FFRP **33 €** + cotisation R. du Dahon **10 €)**

Si vous souhaitez vous abonner un an à « Passion Rando » vous ajoutez **10 €**

- **Envoyez le tout à :** ***Rando du Dahon 6 rue de l'Hôtel de Ville 25800 VALDAHON***

- **Pour les personnes titulaires d'une licence FFRP auprès d'une autre association** : la cotisation n'est que celle du club soit : **10 €** (sous réserve de produire une photocopie ou de transférer par mail leur licence avec IRA).

Adhésion ou Ré-adhésion (1) à la Rando du Dahon et licence FFRandonnée – année 2026/2027

NOM :	**Prénom :**	
Date de naissance :	**Nationalité :**	**Sexe :**
Adresse : **Ville :**	**Code Postal :**	
Téléphone fixe :	**Tél Portable :**	
Mail :		
Nom du Contact si accident :	**Son Téléphone :**	
N° de licence FFRP (si licencié à une autre association) :	**Club :**	
Je souhaite m'abonner à Passion Rando (+10 €)	**OUI**	**NON**

J'autorise le Club du Dahon à diffuser dans le cadre exclusif de son activité :
*** mon image OUI NON**
*** mon adresse mail OUI NON**
(Entourer la bonne réponse)

J'atteste avoir lu et répondu NON au questionnaire de non contre-indication à la pratique sportive (CACI)

DATE : **SIGNATURE**