

## Bulletin d'adhésion



Je soussigné(e)

Nom d'usage

Nom de naissance

Né(e) le

Domicilié(e) à<sup>(1)</sup>

N°

Code postal

Téléphone portable

Adresse mail

Prénom

à

Rue

Ville

Téléphone fixe

Déclare :

- adhérer à l'association RANDIF pour l'année 2021-2022,
- avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du club<sup>(2)</sup>.

Je joins à la présente inscription un certificat médical de non-contre indication à la pratique de la randonnée pédestre<sup>(3)</sup>.

Informations facultatives<sup>(4)</sup> :

➤ Personne à prévenir en cas d'urgence

➤ Son numéro de téléphone

➤ J'accepte de recevoir des informations par mail de la part de la FFRP :

Oui

Non

➤ J'accepte de recevoir des informations par mail de la part des partenaires de la FFRP

Oui

Non

➤ Domaine de compétence pouvant être utile au club (exemple : graphisme, informatique, photo, etc.)

Au cours des randonnées, je prends note que des photos peuvent être prises. Elles peuvent être publiées sur le site de l'association pour illustrer les activités du club.

*A adresser, accompagné de votre chèque<sup>(5)</sup> et de votre certificat médical à (de préférence)*

**RANDIF**  
**Maison de la Vie Associative et Citoyenne**  
**du 12ème arrondissement - BAL 85**  
**181 avenue Daumesnil**  
**75012 PARIS**

*Ou éventuellement à remettre, au guide accompagnant votre prochaine randonnée*

A.....

le .../.../.....

Signature

Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles du 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. RANDIF s'engage à ne pas communiquer vos données personnelles à des tiers sans votre consentement.

(1) A remplir pour toute nouvelle adhésion, ou en cas de changement par rapport à la situation précédemment déclarée

(2) Documents disponibles sur le site de randif : [www.randif.fr](http://www.randif.fr)

(3) Le certificat médical remis restera valable pendant 3 années (à chaque échéance de renouvellement, un autoquestionnaire devra être fourni).

(4) Informations facultatives pouvant figurer sur la fiche d'affiliation à la FFR

(5) Montant de la cotisation : 40 € (ou 20 € pour les personnes titulaires d'une affiliation en cours à la FFRP)