



## Bulletin d'inscription

Je soussigné(e)

(Prénom)

(Nom)

Né(e) le

Domicilié(e) à

Tél fixe<sup>(1)</sup> :

Portable<sup>(1)</sup> :

email<sup>(1)</sup> :

@

Déclare :

- adhérer à l'association RANDIF pour l'année 2018-2019,
- 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

Au cours des randonnées, 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 et de votre certificat médical à :**  
**RANDIF**

**Maison des Associations - BAL 85**  
**181 avenue Daumesnil**  
**75012 PARIS**

**Ou 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 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 FFRP