

Bulletin d'adhésion



Je soussigné(e)		
Nom d'usage	<input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>
Nom de naissance	<input type="text"/>	
Né(e) le	<input type="text"/>	à <input type="text"/>
Domicilié(e) à ⁽¹⁾		
N°	<input type="text"/>	Rue <input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	Ville <input type="text"/>
Téléphone portable	<input type="text"/>	Téléphone fixe <input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	

Déclare :

- adhérer à l'association RANDIF pour l'année 2023-2024,
- avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du club ⁽²⁾.

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

Informations facultatives ⁽⁴⁾ :

➤ 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 :

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

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

Oui

Non

Oui

Non

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 ⁽⁵⁾ 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

(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)