

Adhésion 2019 : du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2019

M^{me} M^{lle} M^r : Prénom :

Né(e) le :/..../... Adresse :

..... Ville :

Code postal : Tél. fixe: Tél. portable :

Adresse mail (pour les Programmes & le Marchepied):@.....

Autre(s) membre(s) de la famille à inscrire

Date(s) de naissance

.....
.....
.....

Demande à adhérer à l'Association « Les Randonneurs du Plat Pays ».

Cochez la (les) case(s) qui correspond (ent) à (aux) activité(s) pratiquée(s)

Randonnée pédestre marche nordique

J'ai noté que la loi n° 84-610 du 6 juillet 1984 fait obligation aux Associations d'une fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents. Je choisis l'assurance suivante :

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> IRA (Individuelle + Responsabilité civile + Accidents corporels) | 42,00 € |
| <input type="checkbox"/> IMPN (Individuelle Multi loisirs Pleine Nature) | 49,00 € |
| <input type="checkbox"/> Monoparentale FR (adulte seul avec enfants) | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> FRA (Familiale + Responsabilité civile + Accidents corporels) | 84,00 € |
| <input type="checkbox"/> FMPN (Familiale Multi loisirs Pleine Nature) | 91,00 € |
| <input type="checkbox"/> Cotisation <u>individuelle</u> seule avec licence FFRandonnée prise dans un autre club
(Joindre une photocopie de la licence 2018-2019) | 24,00 € |

Je prends acte que l'assurance IRA ou FRA est l'assurance minimale obligatoire.

Un certificat médical attestant de l'aptitude à la pratique de la randonnée pédestre et de la marche nordique (pour ceux qui veulent la pratiquer) est obligatoire.

La vaccination contre le TETANOS est vivement recommandée.

A Le Signature

Adresser, **en un seul envoi**, cette **fiche d'inscription** accompagnée du **certificat médical**, du **document "conditions de participation"** et de **votre chèque** à l'ordre des RPP à: Béatrice LAMBRECHT, Résid. "Germinal" apt.6 - 633, Brd de la République 59240 DUNKERQUE. Si vous vous inscrivez à la Marche Nordique le certificat médical doit préciser explicitement votre aptitude à cette activité.



CONDITIONS DE PARTICIPATION

Droit à l'image :

J'autorise que les photos, prises de vues et interviews dans le cadre de ma participation aux différentes activités puissent être publiées et/ou diffusées à la radio, la télévision, dans la presse écrite, les livres ou sur le site internet et les réseaux sociaux de l'association "les Randonneurs du Plat Pays" et de ses partenaires sans avoir droit à une compensation.

Accident :

En cas d'accident, j'autorise les responsables de l'activité à faire appel à des secours d'urgence. En cas de nécessité, j'autorise mon transport dans le centre hospitalier ou la clinique les plus proches où toute intervention médicale ou chirurgicale pourra être pratiquée si nécessaire.

Personne à prévenir si besoin :

N° de téléphone personnel:

Courriel :.....@.....

Vie de groupe :

Je m'engage à suivre scrupuleusement :

- Les indications données par l'animateur de l'activité pour ma propre sécurité et celle du groupe.
- Les prérogatives de l'animateur de l'activité qui peut décliner la participation d'un adhérent à la sortie ou annuler une sortie.

Absence d'animateur :

En cas d'absence d'animateur (randonnée pédestre ou marche nordique), la sortie sera purement et simplement annulée. L'association ne pourra être tenue pour responsable en cas d'accident si les participants décident de marcher sans l'animateur.

Je déclare sur l'honneur :

- ☞ Avoir lu et compris les informations portées ci-dessus,
- ☞ Avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur disponibles sur le blog de l'association,
- ☞ Avoir été informé des possibilités de souscrire une assurance individuelle,
- ☞ Avoir lu et répondu à toutes les informations du bulletin d'adhésion,
- ☞ Avoir fourni, lors de la 1^{ère} adhésion un certificat médical de moins de 3 mois valable 3 ans,
- ☞ Avoir répondu en cas de renouvellement annuel de licence durant ces 3 ans à un "questionnaire de santé" à disposition sur le site de la FFRP à la rubrique "licence", paragraphe "certificat médical",
- ☞ Et m'engager à les respecter sous peine de radiation de l'association.

Date et signature obligatoires, précédées de la mention "Lu et approuvé"

Le :

Signature :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce bulletin d'adhésion. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Si vous désirez exercer ce droit, veuillez-vous adresser, par courrier, au Président des Randonneurs du Plat Pays, Maison de la Vie Associative Terreplein du Jeu de Mail rue du 11 novembre 59140 Dunkerque