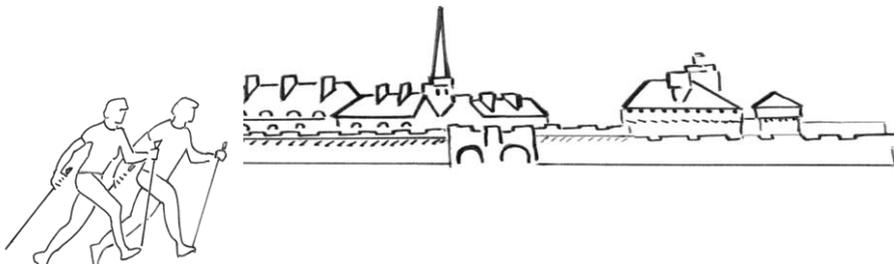


Année 2019/2020



MARCHE NORDIQUE D'EMERAUDE

Guichet des associations - 40 ter Square des Caraïbes

35400 SAINT - MALO

mne35400.pca@gmail.com

**BULLETIN D'ADHÉSION
ET DEMANDE DE LICENCE FÉDÉRALE**

NOM.....PRÉNOM.....SEXE.....

NÉ (e) leàACTIF | RETRAITE | Profession :

ADRESSE.....

CODE POSTAL VILLE.....

Tél. Fixe.....Tél. Portable

Adresse internet :

Je demande mon adhésion à l'association « Marche Nordique d'Emeraude » pour l'année sportive 2019/2020 et je verse la cotisation de 52 € par chèque bancaire au nom de l'association (elle comprend la cotisation au club de 25 € + la licence fédérale et assurance de 27€).

Je suis informé que la loi du 16/07/1984 fait obligation aux associations appartenant à une fédération sportive, d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents. Cette garantie est comprise dans le prix de la licence fédérale. J'ai noté que le club a opté pour l'option IRA/FRA (Individuelle Responsabilité civile + Accidents corporels) pendant les activités et réunions organisées par le club et au cours des déplacements pour s'y rendre. Elle couvre aussi les activités de randonnées personnelles dans le monde entier, sauf haute montagne.

J'ai pris connaissance des garanties de l'assurance choisie par le club et noté que je peux souscrire un complément IMPN toutes activités sportives (voile, escalade, ski piste, kayak, VTT...) suppl. de 10 €.

J'ai pris connaissance de la charte et du règlement intérieur de l'association ainsi que des règles de sécurité qui m'ont été indiquées lors de ma demande d'adhésion et que je m'engage à respecter.

J'accepte de figurer sur les films ou reportages photos effectués lors des activités de l'association et que ces photos soient éventuellement publiées.

Je m'engage à fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la marche nordique, datant de moins de 1 an (personnes âgées de plus de 70 ans , première licence ou certificat de plus de 3 ans)

J'atteste avoir répondu »NON » à toutes les questions du questionnaire santé (critère de validité du certificat médical pendant 3 ans)

Récapitulatif : 25+27= 52€ (+ facultatif : | | revue 8 € et | | assurance IMPN 10 €) =

Fait àle

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)