



TEL : 06.44.96.19.58
info@club-montagne.net

FICHE D'ADHESION 2024

du 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024



N° Adhérent :

NOM : Prénom Nationalité :
 Date de naissance : Lieu de Naissance : Adresse :
 CP : Commune :
 Téléphone fixe : Mobile : E-Mail :
 Personne à prévenir en cas d'accident : Téléphone :

AUTRES ADHERENTS :

	NOM	Prénom	E-Mail	Né(e) le	Nationalité	Lieu de Naissance
2
3
4

COUVERTURE DES ACTIVITES PAR LES LICENCES-ASSURANCES

Randonnée pédestre	Alpinisme	Ski alpin (piste et hors-piste)	Ski de randonnée	Raquette	Via Ferrata Via Corda	Escalade	Canyon	VTT	LICENCES
X (1)				X					FFR I(F)RA
X	X (2)	X (3)	X	X	X		X	X (4)	FFR I(F)MPN
X	X	option	X	X	X	X	X	option	FFME

(1): exclus: baudrier, crampons (2): max PD (Peu Difficile) (3): dans le domaine des stations (4): hors VTT de descente et BMX

COTISATION CLUB		1	2	3	4	Montant simple	Montant soutien	Total
-25 ans au 01/09/2023	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12,00	20,00
25 ans et plus au 01/09/2023	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25,00	35,00
Famille (2 adultes et à partir de 1 enfant)	F / F2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60,00	70,00
Membre à vie	MV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,00	25,00
Chômeur (adhérent de plus d'un an)	C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,00	12,00
- 25 ans inscrit après le 01/05/2024	JPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6,00	12,00
+25 ans inscrit après le 01/05/2024	API	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12,00	22,00
Mur Escalade Berthe de Boissieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30,00	

LICENCE / ASSURANCE FFME (Formule Base)		Certificat médical obligatoire ¹				Prix licence	Options FFME					
-18 ans au 31/08/2024 (réduit après le 01/05/2024)	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61,00	Base+	+3€	<input type="checkbox"/>	Slackline	5 €	<input type="checkbox"/>
18 ans et plus au 31/08/2024 (réduit après le 01/05/2024)	FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73,50	Base++	+10 €	<input type="checkbox"/>	Trail	10 €	<input type="checkbox"/>
Famille ² : 3ème personne et plus (réduit après le 01/05/2024)	FF2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45,00	Ski piste	5 €	<input type="checkbox"/>	Total options :		
							VTT	30 €	<input type="checkbox"/>		

¹ Préciser « alpinisme » sur le certificat médical

² Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre

LICENCE / ASSURANCE FFRandonnée		Certificat médical obligatoire ³				Prix licence
Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel	IRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29,50
Familiale ⁴ Responsabilité Civile Accident Corporel	FRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58,50
Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature	IMPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41,50
Familiale ⁴ Multi-Loisirs Pleine Nature	FMPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82,50
Jeunes -26 ans au 31/08/2024	IMPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15,00

³ Ou attestation de santé si renouvellement : voir au verso

⁴ Licence Familiale : titulaire + conjoint + enfant(s) mineur(s) ou à charge de -25 ans vivant sous le même toit

RECAPITULATIF
Montant cotisations :
Montant licences :
Montant options FFME :
Mur d'escalade :
Total à payer :

- **Règlement par chèque à l'ordre des : Grimpeurs des Alpes** A adresser à : Grimpeurs des Alpes MNEI 5 place Bir Hakeim 38000 GRENOBLE
 Banque : Chèque N° : Montant :
- **Règlement par virement bancaire** : Grimpeurs des Alpes IBAN : FR76 1027 8089 3300 0205 3480 133 BIC : CMCIFR2A
- Je déclare avoir pris connaissance des conditions et des extensions d'assurance proposées par les fédérations (sites Internet : fffe.fr ou ffrandonnee.fr)
- J'accepte le traitement informatisé des données personnelles qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données. J'ai noté que je pourrai exercer les droits qui me sont garantis par le RGPD en m'adressant à l'Association Les Grimpeurs des Alpes.

A Grenoble, le

Signature :

ATTESTATION DE SANTE

Le questionnaire de santé disponible sur le site vous permet de savoir si vous devez consulter votre médecin pour la poursuite de votre activité sportive.

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions, **vous devez consulter votre médecin pour avis pour votre renouvellement de licence (nouveau certificat non obligatoire)**, l'attestation ci-dessous est à compléter.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, l'attestation ci-dessous est à compléter :

ADHERENT **1**

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions
Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-FFR qu'il/elle a répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal :

ADHERENT **2**

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions
Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et qu'il/elle a répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal :

ADHERENT **3**

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions
Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et qu'il/elle a répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal :

ADHERENT **4**

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et avoir répondu **OUI** à une ou plusieurs questions
Je consulte mon médecin pour avis pour mon renouvellement de licence. Date et signature :

Si l'adhérent est mineur :

Je soussigné(e) en ma qualité de représentant légal de atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-FFR et qu'il/elle a répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal :