****TEL : 06.44.96.19.58 **FICHE D’ADHESION 2024**

info@club-montagne.net ***du 1er mai 2024 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** |
| Randonnéepédestre | 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 |[ ] [ ] [ ] [ ]  12,00 | 20,00 | ........................ |
| 25 ans et plus au 01/09/2023 | A |[ ] [ ] [ ] [ ]  25,00 | 35,00 | ........................ |
| Famille (2 adultes et à partir de 1 enfant) | F / F2 |[ ] [ ] [ ] [ ]  60,00 | 70,00 | ........................ |
| Membre à vie | MV |[ ] [ ] [ ] [ ]  0,00 | 25,00 | ........................ |
| Chômeur (adhérent de plus d'un an) | C |[ ] [ ] [ ] [ ]  0,00 | 12,00 | ........................ |
| **- 25 ans inscrit après le 01/05/2024** | JPI |[ ] [ ] [ ] [ ]  **6,00** | **12,00** | ........................ |
| **+25 ans inscrit après le 01/05/2024** | API |[ ] [ ] [ ] [ ]  **12,00** | **22,00** | ........................ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mur Escalade Berthe de Boissieux** |  |[ ] [ ] [ ] [ ]  30,00 |  | ........................ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LICENCE / ASSURANCE FFME** (Formule Base) |  | Certificat médical obligatoire1 | Prix licence | Options FFME |
| -18 ans au 31/08/2024 (réduit après le 01/05/2024) | FJ |[ ] [ ] [ ] [ ]  45,00 | Base+ | +3€ | [ ]  | Slackline | 5 € | [ ]  |
| 18 ans et plus au 31/08/2024 (réduit après le 01/05/2024) | FA |[ ] [ ] [ ] [ ]  51,00 | Base++ | +10 € | [ ]  | Trail | 10 € | [ ]  |
| Famille2 :3ème personne et plus (réduit après le 01/05/2024) | FF2 |[ ] [ ] [ ] [ ]  37,00 | Ski piste | 5 € | [ ]  | Total options : |
| 1 Préciser « alpinisme » sur le certificat médical2 Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre  |  |  |  |  |  |  | VTT | 30 € | [ ]  | ...................................... |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LICENCE / ASSURANCE FFRandonnnée** |  | Certificat médical obligatoire3 | Prix licence |
| Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel | IRA |[ ] [ ] [ ] [ ]  29,50 | **RECAPITULATIF**Montant cotisations : ...................Montant licences : .......................Montant options FFME : .................Mur d’escalade : .................**Total à payer** : ................. |
| Familiale4 Responsabilité Civile Accident Corporel | FRA |[ ] [ ] [ ] [ ]  58,50 |  |
| Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature | IMPN |[ ] [ ] [ ] [ ]  41,50 |  |
| Familiale4 Multi-Loisirs Pleine Nature | FMPN |[ ] [ ] [ ] [ ]  82,50 |  |
| Jeunes -26 ans au 31/08/2024 | IMPN |[ ] [ ] [ ] [ ]  15,00 |  |
|  3Ou 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  |  |

* [ ]  **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 : ffme.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 :** ..................................................

 **RENOUVELLEMENT DE LICENCE DE LA FEDERATION FRANCAISE DE LA RANDONNEE PEDESTRE (FFRandonnée)**

 **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 :