



TEL : 06.44.96.19.58
info@club-montagne.net

FICHE D'ADHESION 2024/2025

du 1^{er} mai 2025 au 31 août 2025

N° Adhérent :



www.club-montagne.net

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 01/09/2024	J	☐	☐	☐	☐	12,00	20,00	
25 ans et plus au 01/09/2024	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 01/05/2025	JPI	☐	☐	☐	☐	6,00	12,00	
+25 ans inscrit après le 01/05/2025	API	☐	☐	☐	☐	12,00	22,00	

Mur Escalade Berthe de Boissieux		☐	☐	☐	☐	30,00		
----------------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------	--	-------

LICENCE / ASSURANCE FFME (Formule Base)		Attestation de santé				Prix licence	Options FFME					
-18 ans au 31/08/2025 (réduit après le 01/05/2025)	FJ	☐	☐	☐	☐	46,00	Base+	+3€	☐	Slackline	5 €	☐
18 ans et plus au 31/08/2025 (réduit après le 01/05/2025)	FA	☐	☐	☐	☐	52,00	Base++	+10 €	☐	Trail	10 €	☐
Famille ¹ :3ème personne et plus (réduit après le 01/05/2025)	FF2	☐	☐	☐	☐	38,00	Ski piste	5 €	☐	Total options :		
							VTT	30 €	☐			

¹ Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre

¹ Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre

LICENCE / ASSURANCE FFRandonnée		Certificat médical obligatoire ² (- de 6 mois)				Prix licence
Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel	IRA	☐	☐	☐	☐	31,00
Famille ³ Responsabilité Civile Accident Corporel	FRA	☐	☐	☐	☐	61,50
Jeunes -26 ans au 31/08/2025	IMP	☐	☐	☐	☐	14,00
Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature	IMP	☐	☐	☐	☐	43,00
Famille ³ Multi-Loisirs Pleine Nature	FMP	☐	☐	☐	☐	86,00

² Ou attestation de santé si renouvellement : voir au verso

³ 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 MGM 14 Rue de la République 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 :

RECAPITULATIF

Montant cotisations :

Montant licences :

Montant options FFME :

Mur d'escalade :

Total à payer :

ATTESTATION DE SANTE

RENOUVELLEMENT de LICENCE de la FFRandonnée ou ADHESION à la FFME

Les questionnaires de santé disponibles sur le [site](#) vous permettent de savoir si vous devez consulter votre médecin pour la poursuite de votre activité sportive (FFR) ou si vous devez fournir un certificat médical (FFME). **Le questionnaire de santé reste la propriété de l'adhérent.**

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

Si un **OUI**, vous devez consulter votre médecin pour la poursuite de votre activité et votre renouvellement de licence (**mais pas de nouveau certificat médical obligatoire**) l'attestation ci-dessous est à compléter.

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

Si un **OUI**, il faut fournir un nouveau certificat médical.

LES MINEURS (FFRandonnée et FFME) : questionnaire de l'état de santé du mineur à remplir par l'enfant et le parent,

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, l'attestation ci-dessous est à compléter, si un **OUI**, consulter le médecin

ADHERENT **1**

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **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 **pour les mineurs** et 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 **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **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 **pour les mineurs** 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 **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **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 **pour les mineurs** 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 **FFR** ou **FFME** et avoir répondu **NON** à toutes les questions. Date et signature :

Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **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 **pour les mineurs** et qu'il/elle a répondu **NON** à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal :