****TEL : 06.44.96.19.58 **FICHE D’ADHESION 2025/2026**

info@club-montagne.net ***du 1er septembre 2025 au 31 août 2026***

 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 / JEUNE** |
| 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 01/09/2025 *(réduit après le 01/05/2026)* | **J** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **12,00** | **20,00** | ........................ |
| 25 ans et plus au 01/09/2025 *(réduit après le 01/05/2026)* | **A** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **28,00** | **38,00** | ........................ |
| Famille (2 adultes et à partir de 1 enfant) | **F / F2** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **63,00** | **73,00** | ........................ |
| Membre à vie | **MV** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **0,00** | **28,00** | ........................ |
| Chômeur (adhérent de plus d'un an) | **C** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **0,00** | **14,00** | ........................ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 01/05/2026)* | **FJ** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **71,50** |  | Base+ | +3€ | [ ]  | Slackline | 5 € | [ ]  |
| 18 ans et plus au 31/08/2025 *(réduit après le 01/05/2026)* | **FA** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **84,00** |  | Base++ | +10 € | [ ]  | Trail | 10 € | [ ]  |
| Famille**1**:3ème personne et plus *(réduit après le 01/05/2026)* | **FF2** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **50,50** |  | Ski piste | 5 € | [ ]  | Total options : |
| **1** Licence Famille : Réduction à partir du 3ème membre |  |  |  |  |  |  |  | VTT | 30 € | [ ]  | ...................................... |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LICENCE / ASSURANCE FFRandonnnée** |  | Certificat médical obligatoire**2** (- de 6 mois) | Prix licence |  | **RECAPITULATIF** |
| Individuelle Responsabilité Civile Accident Corporel | **IRA** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **31,00** |  | Montant cotisations : ................... |  |
| Familiale**3** Responsabilité Civile Accident Corporel | **FRA** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **61,50** |  | Montant licences : ....................... |  |
| Jeunes -26 ans au 31/08/2025  | **JRA** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **14,00** |  | Montant options FFME : ................. |  |
| Individuelle Multi-Loisirs Pleine Nature | **IMPN** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **43,00** |  | Mur d’escalade : ................. |  |
| Familiale**3** Multi-Loisirs Pleine Nature | **FMPN** |[ ] [ ] [ ] [ ]  **86,00** |  | **Total à payer :** ................. |  |
|  **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 de : Grimpeurs des Alpes**  A adresser à **:** Grimpeurs des AlpesMGM 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

* [ ]  **Règlement par HelloAsso pour la cotisation Club**

[ ]  Je déclare avoir pris connaissance des conditions et des extensions d’assurance proposées par les fédérations (sites Internet : [ffme.fr](https://www.ffme.fr/ffme/licence/) ou [ffrandonnee.fr](https://www.ffrandonnee.fr/adherer/la-licence-federale/decouvrez-la-licence-federale))

[ ]  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**

Les questionnaires de santé sont disponibles sur le [site](https://www.club-montagne.net/le-club/adherer-au-club/#sante_ffr). **Le questionnaire de santé reste la propriété de l’adhérent.**

**FFRandonnée** :

* **Première prise de licence** et à chaque **reprise après interruption de 2 saisons** : un [Certificat médical d’Absence de Contre-Indications](https://www.ffrandonnee.fr/Media/Default/Documents/clubs/CACI-2025-2026.pdf) à la pratique (CACI) pour la pratique des activités de marche et de randonnée et activités connexes, **datant de moins de six mois est obligatoire**.
* **Renouvellement annuel de la licence** : est demandé l’[Attestation sur l’honneur](https://www.ffrandonnee.fr/Media/Default/Documents/clubs/attestation-majeur-2025-2026.pdf) d’avoir lu et compris les conseils de santé ([questionnaire de santé](https://www.ffrandonnee.fr/Media/Default/Documents/clubs/questionnaire-sante-2025-2026.pdf)) et prendre, ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la FFRandonnée sans risque pour sa santé.
* **Pour les mineurs** : **aucun CACI n’est requis** lors d’une **prise de licence** ou de son **renouvellement**. [Attestation sur l’honneur](https://www.ffrandonnee.fr/Media/Default/Documents/clubs/attestation-majeur-2025-2026.pdf) d’avoir rempli le [questionnaire de santé](https://www.ffrandonnee.fr/Media/Default/Documents/clubs/questionnaire-sante-mineur-2025-2026.pdf) et d’avoir pris les dispositions médicales nécessaires en cas de réponse positive à une question, afin d’adapter sa pratique sportive à son état de santé du moment.

**FFME** :Pour une nouvelle licence ou un renouvellement,

* **Le certificat médical n'est obligatoire que dans le cas suivant :**

Licenciés jeunes ou adultes ayant répondu **"OUI"** à l'une des questions du **Questionnaire de Santé (**[QS jeune](https://www.montagne-escalade.com/site/BO/documents/Questionnaire-sante-mineur-2024-2025.pdf) / [QS adulte](https://www.montagne-escalade.com/site/BO/documents/Questionnaire-sante-adulte-2024-2025.pdf))

* **Les autres cas de figure : l'attestation de santé suffit !**

ADHERENT  1

Je soussigné(e) .......................................................... atteste avoir lu et compris les conseils de santé et prendre, ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la **FFRandonnée** sans risque pour sa santé.

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

 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 lu et compris les conseils de santé et prendre, ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la **FFRandonnée** sans risque pour sa santé.

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

 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 lu et compris les conseils de santé et prendre, ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la **FFRandonnée** sans risque pour sa santé.

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

 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 lu et compris les conseils de santé et prendre, ou avoir pris les dispositions nécessaires pour participer aux activités de la **FFRandonnée** sans risque pour sa santé.

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

 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 : ..........................................................