



## Bulletin d'inscription ou de réinscription (1)

Certificat médical **obligatoire** de moins de trois mois

NOM : ----- PRENOM : -----

Date de naissance : -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal : -----

N° Tél : ----- Tél portable : -----

Adresse Email : ----- N° de licence : -----

Je souhaite recevoir de l'Association toutes les informations et les programmes : par courrier / par e-mail (1)

**J'adhère à l'association « ARVAL » pour la saison 2011/2012 selon la formule choisie (1)**

	Avec licence FFRP	Cotisation ARVAL seule (2)
- Individuelle :	IRA 38 €	18 €
- Familiale :	FRA 75 €	36 €
- Monoparentale :	FRAMP 43 €	18 €
- Non pratiquant	IRA ANP 37 €	18 €
- Enfants - Etudiants :	GRATUIT	

(1) Rayer les mentions inutiles - **Pour les réinscriptions retourner le dossier complet avant le 30/09/2011.**

(2) Uniquement si vous avez déjà une licence FFRP auprès d'une autre association - Joindre une photocopie de la licence en cours.

J'ai noté que la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 fait obligation aux associations d'une fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents et de délivrer une licence à tous les membres randonneurs.

Je reconnais qu'il m'a été remis un formulaire précisant les formalités à accomplir en cas d'accident.

Je reconnais avoir été informé du droit à l'image pour le site internet de l'association.

En outre, je déclare être en bonne condition physique, ne pas prendre de traitement médical pouvant m'interdire la randonnée pédestre, notamment en montagne et m'engage également à être convenablement équipé pour les activités auxquelles je participerai.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis avec le présent bulletin d'inscription.

Bulletin à envoyer avec le **règlement et le certificat médical**

ARVAL  
La Grange  
Rue de la Terrière  
60750 - CHOISY AU BAC

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

Pour l'établissement de la **licence familiale** ou de la **licence monoparentale**, veuillez indiquer ci-dessous :

Nom et Prénom du conjoint, des enfants mineurs, des enfants majeurs de moins de 25 ans fiscalement à charge et vivant sous le même toit que leurs parents.

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

**Déclare avoir pris connaissance des conditions d'adhésion à l'ARVAL, exposées au recto de cette page.**

Pièces jointes : **Certificats médicaux obligatoires** de moins de trois mois

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