



## RENOUVELLEMENT D'ADHESION

**SAISON 2024/2025**

### COORDONNÉES en LETTRES MAJUSCULES :

Nom et Prénom : ... ..

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Adresse Email : .....@.....

Date de naissance : .....

Afin de simplifier la saisie, indiquez si vous avez effectué des modifications Oui  Non

### RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ \*

#### J'atteste avoir pris connaissance et

**répondre non au questionnaire de santé .**

**répondre oui à une des questions** et suivre le conseil de la Commission Médicale FFRP de consulter vivement mon médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de ma pratique sportive ainsi que le CACI (Certificat médical d'Absence de Contre-Indications à la pratique sportive 2024/2025 à nous joindre si nécessaire).

\* les réponses formulées au questionnaire de santé relèvent de la seule responsabilité du licencié ( ne pas la joindre avec le « renouvellement d'adhésion).

#### PIÈCE JOINTE :

un chèque de **50€** (ou **25€** pour les adhérents disposant déjà d'une licence FFRP dans un autre club), libellé au nom de : Choisy Sport Rando.

représente le montant de la cotisation comportant la licence et l'assurance pour la saison allant du 01/09/2024 au 31/12/2025 et l'adhésion à l'association allant du 01/09/2024 au 31/08/2025.

ou

un chèque de **60€** si vous souhaitez en supplément vous abonner au **magazine Trimestriel « Passionrando »**

j'accepte de recevoir les infos de FFRandonnée Oui  Non

je pratique la Marche Nordique Oui  Non

-----  
Date :

Signature

Adresser ce bulletin, le chèque et éventuellement si nécessaire le certificat médical à :  
**Choisy Sport Rando - 36, avenue Rondu – 94600 CHOISY-LE-ROI**