

Nom / Prénom: .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

Ville : .....

Code Postal : .....

Tél fixe : .....

Tél mobile : .....

E. Mail : .....

Je ne désire pas que mon n° de tél.  / mon mel  soit diffusé au sein du club

Je ne souhaite pas figurer sur des images prises lors d'évènements club diffusées par Saint Cham Escalade

**Formule d'adhésion** : cocher la case correspondante (assurance **responsabilité civile RC obligatoire** comprise)

		Septembre					janvier					avril						
adulte		<b>115 €</b>					<b>98 €</b>					<b>77 €</b>						
	<b>Adhésion</b>	<b>Licence +RC</b>	<b>Activité</b>	Base	Base +	Base ++	<b>Adhésion</b>	<b>Licence +RC</b>	<b>Activité</b>	Base	Base +	Base ++	<b>Adhésion</b>	<b>Licence +RC</b>	<b>Activité</b>	Base	Base +	Base ++
	<b>10</b>	<b>56,50</b>	<b>48,50</b>	8	11	18	<b>10</b>	<b>56,50</b>	<b>31,50</b>	8	11	18	<b>10</b>	<b>56,50</b>	<b>10,50</b>	8	11	18
Etudiant Chômeur		<b>80 €</b>					<b>70 €</b>					<b>67 €</b>						
	<b>Adhésion</b>	<b>Licence +RC</b>	<b>Activité</b>	Base	Base +	Base ++	<b>Adhésion</b>	<b>Licence +RC</b>	<b>Activité</b>	Base	Base +	Base ++	<b>Adhésion</b>	<b>Licence +RC</b>	<b>Activité</b>	Base	Base +	Base ++
	<b>10</b>	<b>56,50</b>	<b>13,50</b>	8	11	18	<b>10</b>	<b>56,50</b>	<b>3,50</b>	8	11	18	<b>10</b>	<b>56,50</b>	<b>0,50</b>	8	11	18

Cotisation familiale pour adhésion à l'année à partir de 2 personnes vivant sous le même toit: réduction de 10%

Déclare :

- Avoir pris connaissance du document d'information assurance joint.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur, des dates de fin de l'activité (mi-juin) et les accepter
- Etre prévenu que l'escalade et les activités de montagne sont des sports à risques .....

Attention, un **certificat médical d'aptitude à la pratique de l'escalade est OBLIGATOIRE CHAQUE ANNEE** quand l'adhérent pratique la compétition. Sinon, le certificat médical est valable TROIS ANS.

Première licence ou licence compétition Certificat médical: **loisir**  **compétition**

Je certifie avoir fourni un certificat medical de non contre-indication aux sports statutaires de la fédération établi par le docteur ..... le .. /.. /... et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques.

Renouvellement de la licence :

Vous avez transmis un certificat médical depuis moins de trois ans. Vous devez compléter et conserver le questionnaire de santé. Si **toutes** vos réponses sont négatives, l'attestation ci-dessous est à compléter, si l'une des réponses au moins est positive vous devez fournir un nouveau certificat médical et compléter ci-dessus la partie « première licence ».

Attestation de santé :

Je soussigné(e) ..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

A St Chamond le .....Signature .....