

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 mail 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						1 ^{er} MAI						
Adulte	TOTAL	120 €						105 €						60 €						
	Adhésion	Licence +RC		Activité		Base	Base +		Base ++		Adhésion	Licence +RC		Activité		Base	Base +		Base ++	
	10	64 €		46		8	11		18		10	64 €		31		8	11		18	
Etudiant Chômeur	TOTAL	85 €						80 €						50 €						
	Adhésion	Licence +RC		Activité		Base	Base +		Base ++		Adhésion	Licence +RC		Activité		Base	Base +		Base ++	
	10	64 €		11		8	11		18		10	64 €		6		8	11		18	
	TOTAL	10						10						10						

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
- M'engager à respecter textes et règlements de la FFME, ainsi que sa charte d'éthique et de déontologie.
- Etre prévenu que l'escalade et les activités de montagne sont des sports à risques et les accepter.

Le certificat médical n'est obligatoire que dans ces cas : **1** réponse OUI à une question du questionnaire de santé.

2 en compétition : à partir des 1/2 finale France **3** en compétition ski alpinisme

Si toutes vos réponses sont négatives au questionnaire de santé, l'attestation ci-dessous est à compléter, si l'une des réponses au moins est positive vous devez fournir un nouveau certificat

Lors de la saisie de votre licence, la FFME vous envoie un mail. Ensuite **vous devez** vous rendre dans votre espace personnel et dans la rubrique certificat médical, cocher le questionnaire de santé ou téléverser votre certificat médical.

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 leSignature