



LA GALISSONNE

Association de randonnée pédestre affiliée à la Fédération Française de Randonnée n° 02753

Siège social : Mairie - 1 rue de St Firmin - 45220 Saint-Germain des Prés

Site Internet: www.lagalissonne.fr

DEMANDE D'ADHESION 2016 / 2017

(licence valable du 01 septembre 2016 au 31 août 2017)

Je souhaite adhérer à la Galissonne et je choisis l'option suivante (cocher l'option choisie)

<u>Option A</u>	<u>Option B</u>	<u>Option C</u>	<u>Option D</u>
Adhésion individuelle à la Galissonne avec demande de licence à la FFRandonnée *	Adhésion familiale à la Galissonne avec demande de licence à la FFRandonnée *	Adhésion individuelle à la Galissonne sans demande de licence à la FFRandonnée	Adhésion familiale à la Galissonne sans demande de licence à la FFRandonnée
Une seule personne majeure par demande	Deux personnes majeures + les enfants mineurs par demande	Une seule personne majeure par demande	Deux personnes majeures + les enfants mineurs par demande
30,50 €	55,00 €	19,00 €	31,00 €

* Pour information, dans la licence est inclus l'assurance Responsabilité Civile + accidents corporels couvrant, entre autre, la pratique de la randonnée pédestre dans le monde entier aussi bien dans le cadre associatif que sur initiative personnelle sur les sentiers balisés ou non et hors sentiers. (L'assurance est valable du 01 septembre 2016 au 31 décembre 2017)

Je souhaite recevoir PASSION RANDO (le journal de la Fédération) : 6,00 € par an (options A ou B) pour 4 N° (cocher la case)

Je souhaite recevoir PASSION RANDO (le journal de la Fédération) : 16,00 € par an (options C ou D) pour 4 N° (cocher la case)

Nom	Prénom	Date de naissance	Certificat médical joint (obligatoire) (cocher la case)	
Première personne majeure (titulaire de cette demande)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuxième personne majeure (rattachée à cette demande)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants mineurs (rattachés à cette demande)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.médical :--obligatoire pour tout nouvel adhérent -- préconisé pour les + de 70 ans -- valable 3 ans dans les autres cas.

Adresse complète du demandeur

N°	Rue	Lieu-dit
Code postal	Ville	
N° téléphone fixe :		N° téléphone mobile :
Adresse e-mail :		
<i>(elle nous permet de vous joindre plus vite et à moindre frais, merci)</i>		

Réglez de préférence votre cotisation par chèque (merci de votre compréhension)

Je joins un chèque de : € N° Banque

Fait à le

Signature du demandeur :

Bulletin et règlement à transmettre à :

Marie-Claude ROBERT - 4, rue du Moulin - 45220 ST GERMAIN-des-Prés Tél : 02 38 94 19 22

Cadre réservé à la gestion des adhésions

N° de carte	N° de licence	Date de traitement
<input type="checkbox"/> adhésion	<input type="checkbox"/> carte	<input type="checkbox"/> licence
<input type="checkbox"/> paiement	<input type="checkbox"/> attestation de paiement	certificat médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Visa Responsable Licences		Visa Trésorier