



RENOUVELLEMENT D'ADHESION SAISON 2025/2026

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 SANTE

(annexe2 questionnaire-sante-2025-2026) *

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 de non-contre-indication à la pratique sportive 2025/2026 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.

ou

un virement à l'ordre de Choisy-Sport-Rando confiirmé par mail auprès de :

Choisyrando94@gmail.com

IBAN : FR76 1820 6002 6065 0188 3113 377 - CODE BIC : AGRIFRP882

ou

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

* représente le montant de la cotisation comportant la licence et l'assurance pour la saison allant du 01/09/2025 au 31/12/2026 et l'adhésion à l'association allant du 01/09/2025 au 31/08/2026.

J'accepte de recevoir les infos de FFRandonnée
je pratique la Marche Nordique :

Oui

Non

Oui

Non

date :

Signature :

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