**Adhérent 1 :** NOM / Prénom : ..............................................................................................................................................................

Né(e) le : ........................................................ Sexe : □ H □ F Adresse mail : .....................................................................

Tél. domicile : ................................................................................. Portable : .........................................................................................

Personne à prévenir en cas d’urgence : ...................................................................……………………….............................

Tél personne à prévenir : …………………………………………………………………………………………….…………………………….……………………………………….

- *J’accepte que mes coordonnées soient diffusées aux membres de STOM pour un usage strictement privé*

*□ OUI □ NON*

**Adhérent 2 :** NOM / Prénom : ..............................................................................................................................................................

Né(e) le : ........................................................ Sexe : □ H □ F Adresse mail : .....................................................................

Tél. domicile : ................................................................................. Portable : .........................................................................................

Personne à prévenir en cas d’urgence : ...................................................................……………………….............................

Tél personne à prévenir : …………………………………………………………………………………………….…………………………….……………………………………….

- *J’accepte que mes coordonnées soient diffusées aux membres de STOM pour un usage strictement privé*

*□ OUI □ NON*

Adresse de la famille : ...........................................................................................................................................................................................

Code Postal : ................................................................. Ville.......................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **TARIF ADHESION à STOM** | **Licence couple** |
| **☐** | Montant de l’adhésion avec assurance FMPN 2024/2025 | **168 €** |
| **☐** | Montant de l’adhésion avec assurance FRA 2024/2025 | **148 €** |

* **Paiement : *Virement STOM* ☐  *Chèque à l'ordre de: STOM* ☐**

**Demander le rib de STOM**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Adhérent 1 :** □ **Je suis nouvel adhérent** : je fais remplir et signer par mon médecin le « [Certificat-santé-FFRandonnée](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/kcupload/files/Modele_Certificat_m%C3%A9dical_FFRandonn%C3%A9e_2023.pdf)» et le joins à mon bulletin d’inscription.

 □ **Je renouvelle ma licence** : *je réponds au*[***questionnaire de santé***](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/document/66d9e36947605_cerfa1569901.pdf)*permettant d'être dispensé du certificat médical et je fournis**l'*[***attestation pour pratiquant majeur***](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/document/66d9c0edf160e_Attestationpratiquantsmajeurs202420253.pdf)***.***

**Adhérent 2 :** □ **Je suis nouvel adhérent** : je fais remplir et signer par mon médecin le « [Certificat-santé-FFRandonnée](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/kcupload/files/Modele_Certificat_m%C3%A9dical_FFRandonn%C3%A9e_2023.pdf)» et le joins à mon bulletin d’inscription.

 □ **Je renouvelle ma licence** : *je réponds au*[***questionnaire de santé***](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/document/66d9e36947605_cerfa1569901.pdf)*permettant d'être dispensé du certificat médical et je fournis**l'*[***attestation pour pratiquant majeur***](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/document/66d9c0edf160e_Attestationpratiquantsmajeurs202420253.pdf)***.***

*En adhérant, nous nous engageons à respecter les statuts et le règlement intérieur de l’association.*

**Fait à** ................................................................ **, le** ..................................................................

**Signature Adhérent 1 : Signature Adhérent 2 :**

Envoyez ce bulletin dûment rempli et les documents annexes
- par la poste : STOM, Maison des associations BP20, 42 av. A. Labouilhe, 31650 Saint Orens de Gameville
- par mail : stom.secretaire@gmail.com