NOM / Prénom : ..........................................................................................................................................................................................

Né(e) le : ...................................................................... Sexe : □ H □ F Nationalité : ………………………………………………..

Adresse : ..........................................................................................................................................................................................................

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

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

Adresse mail : ...............................................................................................................................................................

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 □*

|  |  |
| --- | --- |
| **TARIF ADHESION à STOM** | **Licence individuelle** |
| **☐** | Montant de l’adhésion avec assurance IMPN 2024/2025 | **85 €** |
| **☐** | Montant de l’adhésion avec assurance IRA 2024/2025 | **75 €** |
| **☐** | Adhérent inscrit à un autre club FFRandonnée 2024/2025 | **43 €** |

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

**Demander le rib de STOM**

**CERTIFICAT MEDICAL**

□ **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
\**sauf inscrit à un autre club affilié à la FFRandonnée*

□ **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 de certificat médical et je fournis**l'*[***attestation pour pratiquant majeur***](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/document/66d9c0edf160e_Attestationpratiquantsmajeurs202420253.pdf)***.***

En adhérant, je m’engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de l’association.

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

**Signature :**

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