

Givry Randonnée G.R.

ADHESION POUR L'ANNEE 2010

Pour permettre à chacun de vérifier s'il se sentira à l'aise dans notre association, il est possible de venir randonner avec ses membres durant deux séances sans avoir adhéré. Mais au delà il est nécessaire, pour des raisons d'assurances, de prendre son adhésion tant à la FFRP qu'à notre association GIVRY RANDONNEE G.R.

Tarifs d'adhésion :

- Licences Fédération Française de Randonnée Pédestre :
 - 1 – licences individuelles (IRA : responsabilité Civile Accident) : 19,80 €
 - 2 – licences familiales (FRA : responsabilité Civile Accident) : 39,40 €
 - 3 – cotisation pour l'association : 10 € par personne ou famille.L'adhésion comprend obligatoirement soit la combinaison 1 + 3 (29,80 €), soit la combinaison 2 + 3 (49,40 €).

GIVRY RANDONNEE G.R. DEMANDE D'ADHESION

Ce bulletin est à renvoyer, accompagné de votre règlement, à la Trésorière :
Madame Nadine LAVAUD, 3 Impasse Ez Quart 71640 Givry

Important: les champs en gras doivent obligatoirement être renseignés.

Nom **Prénom**
Adresse
Date de naissance
Téléphone..... e-mail*

S'il s'agit d'une adhésion familiale, compléter le cadre ci-dessous :

- Conjoint(e) :

Nom **Prénom**
Date de naissance

- Identité des enfants :

	Nom	Prénom	Date de naissance
Enfant 1 :
Enfant 2 :
Enfant 3 :

Montant total des souscriptions :

Je joins un chèque de ce montant à l'ordre de Givry Randonnée G.R.

Je reconnais qu'il m'a été remis un formulaire précisant les formalités à accomplir en cas d'accident (pages 2 et 3). En outre, je déclare être en bonne condition physique, ne pas suivre de traitement médical pouvant m'interdire la marche, notamment en montagne et m'engage également à être convenablement équipé pour les activités auxquelles je participerai.

Je joins à la présente, un certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre.

Date :

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

* permet, en particulier, d'être destinataire d'informations de dernière heure.

Traumatologie :

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contusions, hématomes | <input type="checkbox"/> Épaule | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> Bras |
| <input type="checkbox"/> Membres supérieurs | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Main |
| <input type="checkbox"/> Membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> Genou |
| | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> Mollet | <input type="checkbox"/> Cheville |
| | <input type="checkbox"/> Pied | | |
| <input type="checkbox"/> Face | <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Œil |
| | <input type="checkbox"/> Dent | <input type="checkbox"/> Nez | |
| <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale | | | |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | | | |
| <input type="checkbox"/> Thorax | | | |
| <input type="checkbox"/> Polytraumatisé | | | |
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | | |
| | <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde | | |
| | <input type="checkbox"/> Œdème pulmonaire | | |
| | <input type="checkbox"/> Autre problème cardio-vasculaire | | |
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> Asthme | | |
| | <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire | | |
| | <input type="checkbox"/> Autre problème de nature respiratoire | | |
| <input type="checkbox"/> Neurologique | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | | |
| | <input type="checkbox"/> Autre problème neurologique | | |
| <input type="checkbox"/> Autre problème de nature accidentelle | <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire | <input type="checkbox"/> Piqûre (d'insecte...) | |
| | <input type="checkbox"/> Prothèse auditive | <input type="checkbox"/> Morsure | |
| | <input type="checkbox"/> Prothèse oculaire | | |

Décès

Prise en charge par :

- Vous même
 Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix rouge)
 Un membre du groupe
 Un tiers

Y-a-t-il eu évacuation ?

- Oui Ambulance
 Non Véhicule personnel
 Hélicoptère
 Autre

Y-a-t-il eu hospitalisation ?

- Moins d'une nuit
 Au moins une nuit

Y-a-t-il eu rapatriement ?

- Oui Par Mondial Assistance
 Non Par un autre assureur

Y-a-t-il eu dégâts matériels ?

- Oui (à préciser en se référant à la notice "Assurances et responsabilités" page 11)
 Non

EN CAS DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES (Annexe 11), VOUS DEVEZ JOINDRE UNE COPIE DE CE FORMULAIRE.

Fait à :

Le :

Signature