



# Union Sportive Municipale de Saran

Affiliée FFRandonnée n°05310

## BULLETIN D'ADHÉSION - SAISON 2024/2025

DU 1er SEPTEMBRE 2024 AU 31 AOUT 2025

1ère ADHÉSION

RENOUELEMENT D'ADHÉSION

N° de licence \_\_\_\_\_ Nom du Club \_\_\_\_\_

Je soussigné (e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Date de naissance : \_\_\_\_./\_\_\_\_./\_\_\_\_ Certificat médical délivré le : \_\_\_\_/\_\_\_\_./\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

e. mail : \_\_\_\_\_

(Préciser tiret du 6 ou du 8 et écrire en majuscule)

Souhaite pratiquer :

MARCHE TRADITIONNELLE

MARCHE NORDIQUE

TARIFS – FFRANDONNÉE-LICENCE + ASSURANCE IRA \_\_\_\_\_ 30,85

HABITANT : SARAN / Adhésion Club \_\_\_\_\_ 15 €

HABITANT : HORS SARAN / Adhésion club \_\_\_\_\_ 25 €

ABONNEMENT A RANDO PASSION (facultatif) \_\_\_\_\_ 10 €

TOTAL \_\_\_\_\_

LICENCE AUTRE CLUB RANDONNÉE HABITANT SARAN (fournir 1 photocopie de la licence) \_\_\_\_\_ 15 €

LICENCE AUTRE CLUB RANDONNÉE HABITANT HORS SARAN (fournir 1 photocopie de la licence) \_\_\_\_\_ 25 €

1/2 - T.S.V.P ➔

### Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive

**Il est obligatoire lors de la première prise de licence ou à chaque reprise de licence après une interruption de deux saisons sportives ou plus.**

**S'il s'agit du renouvellement de votre licence**, vous êtes invités à remplir le questionnaire de santé que vous trouverez sur le site dans l'onglet « adhésion et renouvellement ».

- **Si vous avez répondu NON à toutes les questions**, il suffit de remplir l'attestation ci-dessous, certifiant avoir répondu NON à toutes les questions.
- **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions**, il est conseillé vivement de consulter un médecin sur la poursuite de la randonnée. Mais le certificat médical n'est plus exigé.

**Vous désirez recevoir une attestation, par mail, pour votre comité d'entreprise**

**Droit à l'image** : J'autorise l'USM SARAN MARCHE à publier sur son site internet, les photos de groupe prises dans le cadre de ses activités, sur lesquelles j'apparais  OUI  NON

❖ **J'approuve le règlement intérieur consultable sur notre site internet**

Toute adhésion sera accompagnée du présent bulletin, du certificat médical si nécessaire, de votre chèque signé libellé à l'ordre de L'USM SARAN MARCHE. **Le questionnaire de santé est confidentiel et doit rester en possession de l'adhérent**

**A remettre :**

➤ **le SAMEDI 7 SEPTEMBRE 2024 DE 10 H A 17 H 30**  
**AU FORUM DES ASSOCIATIONS – place de la Mairie**

➔ **A déposer ou à envoyer à : CLAIRETTE WEBER – 54 allée Henri Matisse – 45770 - SARAN**

**IMPERATIVEMENT AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2024**

Fait à ..... Le .....  
Signature (précédée de la mention «lu et approuvé»)

### ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE

Je soussigné (e) (Nom, Prénom) .....

certifie avoir répondu **NON** à toutes les questions du formulaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017 lors de la demande de renouvellement de la licence

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à ..... Le .....

Signature :