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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TARIF ADHESION à STOM** | | **Licence couple** |
| **☐** | Montant de l’adhésion 2022/2023 avec assurance FRA | **148 €** |
| **☐** | Montant de l’adhésion 2022/2023 avec assurance FMPN | **168 €** |

**Paiement : *chèque* ☐ *ou virement STOM* ☐** [**RIB STOM**](https://www.saintorensmontagne.fr/media/uploaded/sites/19574/document/6310b841f30de_RIBStom.jpg)

**CERTIFICAT MEDICAL Adhérent 1**

□ J’ai déjà fourni un certificat médical de moins de 3 ans et ai répondu NON à toutes les questions du Questionnaire-santé-2023-FFRandonnée

□ ***Je suis nouvel adhérent*** : je fais remplir et signer à mon médecin le « Certificat-santé-FFRandonnée-2023 » et le joins  à mon bulletin d’inscription

**CERTIFICAT MEDICAL Adhérent 2**

□ J’ai déjà fourni un certificat médical de moins de 3 ans et ai répondu NON à toutes les questions du Questionnaire-santé-2023-FFRandonnée

□ ***Je suis nouvel adhérent***: je fais remplir et signer à mon médecin le « Certificat-santé-FFRandonnée-2023 » et le joins  à mon bulletin d’inscription.  
  
**Fait à............................... le …………….**

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

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