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 2023/2024 | **85 €** |
| **☐** | Montant de l’adhésion avec assurance IRA 2023/2024 | **75 €** |

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

**CERTIFICAT MEDICAL**

□ 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

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

**Fait à............................... le............................... Signature :**