



BULLETIN D'ADHESION

[Certificat médical de non contre indication
à la randonnée pédestre obligatoire de moins de 6
mois.]

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Email : _____

Tel fixe: _____ Portable: _____

Demande mon adhésion à l'association Tiercé Cap Rando

Je demande aussi l'adhésion des autres membres suivants :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____

Pour cela je choisis la formule d'adhésion :

Club Famille – FRA (68 €) - - - - -

Club Individuel – IRA (34 €) - - - - -

Hors Club – Je suis déjà licencié FFRP (10 €) -

Je demande aussi un abonnement à *Rando Passion* (8 €) - - -

Date **signature**



BULLETIN D'ADHESION

[Certificat médical de non contre indication
à la randonnée pédestre obligatoire de moins de 6
mois.]

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Email : _____

Tel fixe: _____ Portable: _____

Demande mon adhésion à l'association Tiercé Cap Rando

Je demande aussi l'adhésion des autres membres suivants :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____

Pour cela je choisis la formule d'adhésion :

Club Famille – FRA (68 €) - - - - -

Club Individuel – IRA (34 €) - - - - -

Hors Club – Je suis déjà licencié FFRP (10 €) -

Je demande aussi un abonnement à *Rando Passion* (8 €) - - -

Date **signature**