



## 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 : \_\_\_\_\_

Tél 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 ( **72 €** ) - - - - - ☐

Club Individuel – IRA ( **36 €** ) - - - - - ☐

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

Je demande aussi un abonnement à *Rando Passion* ( **10 €** ) - - ☐

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 : \_\_\_\_\_

Tél 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 ( **72 €** ) - - - - - ☐

Club Individuel – IRA ( **36 €** ) - - - - - ☐

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

Je demande aussi un abonnement à *Rando Passion* ( **10 €** ) - - ☐

Date

signature