



http://www.lafouleevertedesolonnes.fr/  
e-mail : lafouleevertedesolonnes@gmail.com

## **BULLETIN D'INSCRIPTION**

### **SAISON 2022/2023**

A COMPLETER EN **MAJUSCULES**

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse .....

..... code postal : ..... Ville .....

Date de naissance ..... tél fixe : ..... Portable .....

Adresse mail .....@..... Si **NON IMPORTANT** voir ci-dessous \*

Je marcherai : Le lundi  Le mercredi  Le jeudi  Le vendredi  Le dimanche   
Randonnée de 30 Km  Marche Nordique : Le mardi  Le samedi

J'ai noté que le Code du Sport fait obligation aux associations d'une fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents.

Conformément à l'article 3622-1 du code de la santé publique, et l'article L.231-2 du code du sport modifié par l'ordonnance du 14 avril 2010 art.18, La délivrance d'une licence est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la Randonnée Pédestre ou de la Marche Nordique selon ce que vous voulez pratiquer. Le faire mentionner clairement sur le certificat médical. *Il est exigible dès la 1ère inscription puis tous les trois ans.*

**LE PRIX DE MON INSCRIPTION EST DE 37 EURO. Je joins un certificat médical.**

Je m'engage à être convenablement équipé(e) pour les marches auxquelles je participerai. J'accepte que les photos prises lors de ces sorties soient publiées par notre Association.

**BENEVOLAT : Nous vous demandons de répondre aux questions suivantes, en cochant les cases :**

**1/ Acceptez-vous de conduire les Randonnées, en équipe après une Formation adaptée : OUI O NON O**

**2/ Envisagez-vous de vous investir dans l'Equipe dirigeante de l'Association : OUI O NON O**

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

En foi de quoi, je complète le bulletin d'inscription, exigible à partir du 1er septembre 2022 et j'établis ce jour un chèque à l'ordre de « LA FOULEE VERTE DES OLONNES ».

**Soit un total de ..... € que j'adresse avec la présente inscription et le certificat médical**

**éventuellement à : Patrice HACHE 114 rue Joseph Bénatier 85100 Les Sables d'Olonne**

A.....le.....

**(Mention manuscrite obligatoire : lu et approuvé) Signature :**

**Votre licence sera à imprimer par vos soins.**

**\* Si vous n'avez pas d'adresse internet, ajouter 5,00 € (par couple)**