

DEMANDE DE LICENCE FFRandonnée SAISON 2025 – 2026

☐ **Renouvellement** ☐ **Nouvelle Licence**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Né(e) le :/...../..... Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Tél :

Email* :

Cadre réservé au club

Payé le : ____ / ____ / ____

Encaissé par : _____

Saisie informatique : _____

le : ____ / ____ / ____
par _____

Commentaires : _____

*Attention vous recevrez par mail votre licence, les informations club et fédérales. Merci d'indiquer une adresse valide et lisible.

Choix et tarif de la licence avec assurances (cocher les cases)	☐ base	avec abonnement à Passion Rando
IRA individuelle avec RC et accidents corporels	☐ 52,00 €	☐ 62,00 €
FRA licence familiale avec RC et accidents corporels	☐ 90,00 €	☐ 100,00 €
IMPN individuelle multiloisirs pleine nature course montagne peu difficile	☐ 62,00 €	☐ 72,00 €
FMPN licence familiale multiloisirs pleine nature course montagne	☐ 110,00 €	☐ 120,00 €
Pour plus de détails voir le site de la ffrando www.ffrandonnee.fr		

pour les licences familiales liste des personnes rattachées

NOM	Prénom	Né (e) le	sexe

Obligation de présentation d'un certificat médical

- pour les nouvelles licences, il doit dater de moins d'un an (date de visite) : ____ / ____ / ____
- pour les renouvellements, les certificats sont valables 3 ans. Date du précédent ____ / ____ / ____
- **remplir le questionnaire de santé. Si vous avez répondu Oui à au moins une question, vous devez fournir un certificat médical de moins d'un an.**

Je soussigné déclare : (COCHEZ LES CASES) :

- ☐ Avoir pris connaissance du contenu du résumé des garanties d'assurance, avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription des différentes garanties complémentaires pour les personnes pratiquant des activités statutaires relevant de la FFRando.
- ☐ accepter recevoir de la part du Club les informations sur les sorties et animation du club et les offres partenaires.
- ☐ **avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. si pas de certificat médical.**

Fait à :

le :

Nom et signature :