



ADHÉSION

2026

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Profession :

Acceptez-vous de recevoir les informations fédérales par mail : OUI / NON

Choix de la licence avec part régionale et cotisation club obligatoire (entourer l'option choisie) :

- ☐ Tarif normal : 77,50 € + 5€ + 30€
- ☐ Tarif jeune 50,50 € + 5€ + 20€
- ☐ Tarif famille (indiquer le nom du membre de la famille qui s'acquitte du tarif normal) 50,50 € + 5€ + 20€

Choix de l'assurance (entourer l'option choisie) :

- | | |
|--|---|
| ☐ Jeune option 1 : 17€ | ☐ Famille option 1 : 14€ |
| ☐ Option 1 : 33,50€ | ☐ Famille option 2 : 26€ |
| ☐ Option 2 : 50€ | ☐ Famille option 3 : 32,50€ |
| ☐ Option 3 : 64€ | |

TOTAL :

Je reconnais

- Avoir pris connaissance du « mémento assurance de la FFS » disponible sur le site internet de la FFS, et avoir été informé des conditions de garanties proposées.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur du club disponible sur le site internet du club

Fait à :

Signature : (parent pour les mineurs)

Le :



CERTIFICAT MÉDICAL

2026

Je soussigné(e), _____, Docteur en médecine
après avoir examiné Mme/Mr _____, né(e) le
/ / _____, certifie qu'il - elle ne présente pas de contre-indication
médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique :

- **de la spéléologie**
- **du canyonisme**
- **de la randonnée, de l'escalade et du kayak**

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en
mains propres.

Fait à :

Le :

Signature et cachet professionnel :