



Association PASSION-REGION
BULLETIN D'ADHESION 2024

Un bulletin par personne, écrit lisiblement

NOM (en majuscule) : _____ Prénom _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

Courriel : _____

Déclare adhérer à l'association PASSION-REGION :

25 euros (période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024)

Règlement : **uniquement par chèque à l'ordre de PASSION REGION**

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association que vous trouverez sur le site :

[..\PASSION REGION REGLEMENT INTERIEUR\REGLEMENT INTERIEUR DE PASSION REGION 2021.docx](#)

Je déclare être apte à la pratique de la randonnée pédestre, tant sur le plan préparation physique que sur le plan médical. Fournir un certificat médical établi par votre médecin traitant (Facultatif) cf : Fiche randonneur.

J'accepte que ma photo apparaisse sur le site

Si cela est nécessaire, j'accepte de prendre mon véhicule pour covoiturer

Je certifie être couvert(e) par une assurance personnelle Responsabilité Civile ainsi que pour les éventuels dommages corporels liés à la pratique de la randonnée pédestre.

Cette couverture assurance peut être liée :

- Soit à un contrat personnel avec une assurance privée ou une mutuelle,
- Soit à une licence-assurance que vous possédez déjà en tant que membre d'une association sportive proposant cette couverture,
- Soit à une rando-carte personnelle procurée auprès de la Fédération Française de Randonnée (FF Randonnée).

J'autorise l'association à communiquer mes coordonnées aux autres membres

(Entourer votre réponse)

Oui

non

Date : _____ Signature _____

PASSION-REGION-220 chemin des Abeilles 34170 CASTELNAU LE LEZ-Tél répondeur :04 11 75 63 79

Passion.region2@gmail.com

<http://www.passion-region.com>



FICHE RANDONNEUR

FACULTATIVE

(Document personnel confidentiel à prendre lors de vos sorties en randonnées, à faire remplir par votre médecin traitant avec le certificat d'aptitude à la pratique de la randonnée)

Docteur,

En cas de malaise ou d'accident de votre patient (e) Mr, Mme, Melle,

Nom.....prénom.....

Né(e) le

Lors des sorties en randonnées et afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicale dans les meilleures conditions, veuillez noter sur le tableau ci-dessous son ou ses traitements en cours, ainsi que toutes les informations nécessaires que les secouristes doivent connaître (antécédents, allergies, asthme, etc...).

Médicament	Dosage	Forme Galénique	Posologie	Traitement chronique	
				Oui	non
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Document ne permettant pas la délivrance de médicaments

Antécédents _____

Allergies _____

Handicaps, prothèse _____

Maladies chroniques _____

Date _____

Cachet et N° tél _____ du médecin traitant

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : Nom, Prénom, Tél,
