

Fiche d'Adhésion – Saison 2022



RGPD: L'ARVV s'engage à gérer les données de ces adhérents conformément aux recommandations de la CNIL (RGPD du 23/05/2018)

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
N° de téléphone mobile :	N° de téléphone fixe :
Adresse e-Mail (en majuscules) :	

Personne à prévenir en cas d'accident : (si le conjoint peut être présent aux randonnées ou aux séjours, une autre personne doit être mentionnée)

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
N° de téléphone :	Lien de parenté :
Diffusion de photographies : (Rayer la mention inutile et signer pour accord)	
<ul style="list-style-type: none">• J'autorise l'ARVV à publier les photographies me représentant. <u>Signature :</u>• Je n'autorise pas l'ARVV à publier les photographies me représentant.	

Adhésion annuelle - validité du 1^{er} janvier au 31 décembre :

Tarif : 21,00€ (Part association : 15€ ; part assurance 6€)

Moyen de paiement : Chèque, CB, virement :

Renseignements complémentaires :

Chaque membre participant aux marches ou randonnées devra fournir un certificat médical de non contre-indication à la randonnée pédestre. **Les personnes souffrant de pathologie ou suivant un traitement médical devront le signaler en page 2.**

Chaque membre actif doit veiller :

- à sa forme physique afin de ne pas se mettre en danger ou mettre en difficulté les autres participants.
- A emporter l'équipement adéquat à la sortie

Groupe sanguin :

Je déclare n'avoir aucun traitement médical, ni être affecté d'une pathologie pouvant me mettre en danger

Signature

Cadre réservé au secrétariat :

N° adhérent :

Informations médicales à destination exclusive des animateurs

Je soussigné, (Nom, prénom) _____

- Déclare suivre un traitement médical, ou être affecté de troubles pouvant me mettre en difficulté.
- Je m'engage à ne pas participer aux randonnées qui ne correspondraient pas à ses limites.

Conformément à l'avis médical de mon médecin traitant, mon activité physique est limitée telle qu'elle est précisée dans mon certificat médical de non contre-indication à la randonnée pédestre.

OU

Mon activité physique n'est pas limitée.

(Barrer le cadre inutile)

En cas de traitement, je m'engage à emporter mes médicaments et signaler aux animateurs avant chaque départ en randonnée, l'endroit où ils sont stockés ainsi que les signes ou symptômes indiquant une détresse ou un malaise naissant.

Précisez le type de traitement (à destination des secours):

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

J'ai conscience qu'en cas de perte de connaissance, nulle personne autre qu'un médecin ne pourra m'administrer ce traitement

J'accepte que les troubles qui m'affectent seront connus des animateurs.

Signature