



PASS DÉCOUVERTE ANNÉE 2024/2025

1^{ère} Inscription

Renouvellement

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../ 19

Adresse :

Tél : Portable :

MAIL :

Personne à contacter en cas d'accident : Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél : Portable :

DÉSIGNATION	PRIX F.F.R.P.	ADHÉSION	PRIX TOTAL	DATES
Pass 1 jour	2 €	2 €	4 €	Le
Pass 8 jours	4 €	4 €	8 €	Du Au
Pass 30 jours	8 €	8 €	16 €	Du Au

Ces Pass donnent droit à la garantie Responsabilité civile et Accident corporel

Chèque à l'ordre du C.A.P.F.

TOTAL :

- Je présente au CAPF, un certificat médical certifiant aucune contre indication apparente à la pratique de la randonnée.
- Si toutefois je ne peux pas présenter un certificat médical, je déclare devant témoins que j'ai les capacités physiques pour réaliser la randonnée envisagée.
- Je reconnais avoir lu et approuvé le règlement intérieur du club, téléchargeable sur le site <http://capfrandos.free.fr>.

Fontvieille, le :

Signature :