



LES AMIS DU PARC NATIONAL DES PYRÉNÉES (APNP)
Association Loi 1901, reconnue d'intérêt général
Agréée Jeunesse et sport
Affiliée à la Fédération Sportive et Gymnique du Travail (FSGT)

Bulletin d'adhésion 2024-2025 pour un mineur
Merci de remplir le formulaire dans sa totalité, en majuscules et de cocher les cases utiles

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme
NOM	
Prénom	
Profession ou études*	Date de naissance
Adresse postale	
Code postal	Commune
Téléphone fixe	Téléphone mobile.....
Courriel (différent de celui de tout autre adhérent) @.....	
(* Mention facultative)	

Déclare adhérer à l'association afin de participer aux sorties OAM (Ouvertes aux mineurs) organisées par « Les Amis du Parc national des Pyrénées » dans le cadre du programme 2024/2025.

Engagements

J'ai pris connaissance des statuts et du règlement Intérieur de l'association et m'engage à les respecter.
Lors des sorties, je m'engage à m'équiper convenablement et à respecter les directives des encadrants.

Date Signature du mineur

Cotisation valable du 01/09/2024 au 31/08/2025

- Membre actif mineur15 €
 Je souhaite obtenir et récupérer la version papier des programmes, à ma permanence.....10 €

Assurance facultative couvrant la même période

- Assurance Albingia, complémentaire pour toutes les activités des APNP sauf via ferrata et spéléologie8 €
Nota : Tout adhérent qui ne cotise pas à l'assurance ALBINGIA a tout intérêt à souscrire à titre individuel, auprès de l'assureur de son choix, des garanties complémentaires pour les dommages liés à la pratique des activités proposées.

Chèque libellé à l'ordre de : Les Amis du Parc national des Pyrénées **TOTAL À RÉGLER** €

Certificat médical

- Nouvelle adhésion** : je joins obligatoirement un certificat médical, daté de moins d'un an, de non contre-indication à la pratique des sports de montagne. Après une interruption, même d'un an, l'adhésion est réputée nouvelle.
 Renouvellement adhésion : je certifie, avoir remis à l'association un certificat médical de moins de 3 ans, avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n°15699*01 et répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Consentements du représentant légal

Je soussigné(e)

M Mme **NOM** **Prénom** Père Mère Tuteur

Autorise le mineur ci-dessus désigné à participer aux sorties ouvertes aux mineurs (OAM).

Les données personnelles du mineur par les APNP selon les modalités précisées dans le règlement intérieur de l'association. Je dispose notamment d'un droit d'accès et de rectification de ses données en contactant le secrétariat administratif (contact@apnp.fr). Voir plus d'informations sur le site internet.

J'autorise la publication sur les supports de communication des APNP de photographies où le mineur est identifiable.

OUI NON

Membres de la famille, également adhérents, désignés pour accompagner le mineur lors des sorties :

Nom Prénom Lien de parenté

Nom Prénom Lien de parenté

Lors de l'inscription à une sortie, la personne qui accompagnera le mineur pendant cette sortie sera signalée.

Date Signature du représentant légal