



Touring Pédestre Bordelais



e.mail: infos@tpb33.fr

blog : www.tpb33.fr

adhesions@tpb33.fr

DEMANDE D'ADHESION

DEMANDE DE RENOUELEMENT licence n°.....

(cocher la case concernée)

(écrire en lettres capitales)

je, soussigné(e) : NOM :.....

Prénom :.....

Date de naissance :..... Sexe

Demeurant (adresse complète, sous la forme normalisée) :

(1).....

(2).....

Code postal :..... Commune :.....

(1)= Complément d'adresse : ex. Résidence X, Bât A, Appt 99 (2)= Adresse : Numéro & voie (rue, avenue, chemin,...)

Tel domicile :.....(préciser si Liste Rouge) Tel mobile.....

Adresse e-mail (3).....

(3) Cette adresse sera uniquement utilisée pour la diffusion d'informations et la communication interne au TPB.

Demande à adhérer au TOURING PEDESTRE BORDELAIS pour la saison 2018-2019 (cotisation annuelle 42 €).

Souhaite m'abonner à «passion rando magazine» pour un supplément de 8€..... OUI... NON...

Accepte de recevoir la convocation à l'assemblée générale **uniquement** par internet..... OUI.. NON...

Accepte de recevoir le programme **uniquement** par internet..... OUI... NON...

Accepte de recevoir les documents de renouvellement **uniquement** par internet..... OUI.. NON...

J'ai noté que la cotisation m'assure au titre de la responsabilité civile prévue par la loi, et au titre de mes propres accidents corporels (l'assurance me couvre également à titre de randonneur individuel).

Je m'engage à être convenablement équipé (e) pour les activités auxquelles je participerai (chaussures de marche et réserve d'eau suffisante), et à respecter, après en avoir pris connaissance, la « charte de bonne conduite du randonneur» (voir au verso du document information adhésion ci-joint).

En outre, dans le cadre du renouvellement de mon adhésion, j'atteste avoir répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT » transmis par le club Touring Pédestre Bordelais. (4)

(4) rayer dans le cas de la fourniture d'un certificat médical

Personnes à prévenir en cas d'accident :

Téléphone :..... Nom/Adresse :.....

Entraide et Covoiturage :

Pour faciliter le covoiturage entre adhérents, les prénoms et coordonnées simplifiées des adhérents proposant un covoiturage, peuvent- être transmis par internet ou consultés sur le blog.

Si vous possédez un véhicule et acceptez de participer, au cas par cas et sans obligation, au covoiturage merci de renseigner le champ ci-dessous :

- j'accepte que mon prénom, mes coordonnées simplifiées (nom de la rue, code postal, téléphone) et les randonnées habituellement pratiquées soient mis à la disposition des adhérents à la recherche d'une place de covoiturage

..... OUI NON

Statistique – étude – recherche de covoiturage

Afin d'aider toute recherche, merci d'indiquer la(les) randonnée(s) habituellement pratiquée(s) ou envisagée(e) au sein du TPB

25 km 20 ou 18 km 15 ou 18 km 12km jeudi rando douce

A.....le...../...../.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Merci de bien vouloir renseigner tous les champs

Transmettre l'ensemble (chèque, demande d'adhésion, certificat médical (éventuel), copie de la licence de la nouvelle saison dans le cas d'adhésion à un autre club) à : TPB, - 7 allée des Azalées - 33600 PESSAC

TPB Association Loi 1901

Siège social - 59 rue de Brach 33000 Bordeaux



Touring Pédestre Bordelais

e.mail: infos@tpb33.fr

blog : www.tpb33.fr

adhesions@tpb33.fr



T.S.V.P.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur.....

Certifie avoir examiné

Nom :.....

Prénom :.....

et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique de la randonnée pédestre.

A le/...../.....

Signature et cachet du médecin

Nota :

Le Certificat Médical de Non-Contre-Indication (CMNCI) à la pratique de la randonnée pédestre est :

- ***obligatoire pour toute première prise de licence.***
- ***Valable 3 ans si lors de chaque renouvellement le pratiquant a répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT »***
- ***Obligatoire si lors du renouvellement le pratiquant a répondu « OUI » à une, au moins, des questions du questionnaire santé.***