



Groupe Alpin Belfortain

Bulletin d'adhésion 2022 – 2023

Montant des cotisations⁽¹⁾⁽³⁾

<input type="checkbox"/> Adulte	50 €
<input type="checkbox"/> Jeunes (15-17ans)	44 €
<input type="checkbox"/> Famille ⁽²⁾ de 2 à 5 membres	70 €, 100 €, 125 €, 150 €

Paiement de préférence par chèque à l'ordre du Groupe Alpin Belfortain

(1) comprend l'adhésion club, la licence fédérale et l'assurance « accidents corporels » (voir livret d'information sur notre site)

(2) membres justifiant d'un lien familial (même nom de famille) ou même adresse. Les enfants de moins de 15ans ne peuvent pas pratiquer en individuel.

(3) aide « Pass'Sport » pour les jeunes éligibles sur justificatif

Adhérent (SVP écrire lisiblement!)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse courrier électronique :

Autres membres :

Nom/Prénom/date de naissance/sexe :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Personne à prévenir en cas d'urgence : Tél :

Documents à fournir :

certificat médical ou Attestation de santé

Date du certificat médical :

L'attestation de santé ne peut se substituer au certificat médical pour la pratique des activités d'Alpinisme ou de Spéléologie. Par conséquent les sorties d'Alpinisme ou de Spéléologie ne sont pas ouvertes aux adhérents n'ayant pas fourni de certificat médical.

Droit à l'image :

Je n'autorise pas la publication d'image sur laquelle j'apparais ou je suis reconnaissable, concernant les activités au sein du club, et à des fins de promotion.

La présente demande d'inscription implique l'adhésion pleine et entière aux règlements et charte du club (documents téléchargeables sur notre site internet, section Accueil/Nous rejoindre)

Signature

Siège social : 16 rue de l'Eglise, 90350 EVETTE-SALBERT ☎ 03 84 29 45 44

groupalpbelfort@laposte.net

<http://www.groupalpbelfort.fr/>

N° agrément DDJS : 908692S - SIRET : 44764648000015 - APE : 926C

CERTIFICAT MEDICAL GAB

Je soussigné, Docteur : _____
Certifie avoir examiné :

Prénom : _____ NOM : _____

Né(e) le : __ / __ / _____

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives du GAB, escalade et sports de montagne y compris l'alpinisme et la spéléologie. Le cas échéant mentionner la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée :

ESCALADE	Activité contre-indiquée
SKI-ALPINISME	Activité contre-indiquée
RAQUETTE À NEIGE	Activité contre-indiquée
RANDONNÉE	Activité contre-indiquée
SPELEOLOGIE	Activité contre-indiquée
ALPINISME	Activité contre-indiquée

Date : __ / __ / _____

Cachet du médecin :

Signature :

RAPPEL : suivant l'Arrêté du 24 juillet 2017, les caractéristiques médicales de non contre-indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières :

Pour la pratique de l'alpinisme au-dessus de 2500 mètres d'altitude, l'examen médical présente les caractéristiques suivantes :

- une attention particulière est portée sur l'examen cardio-vasculaire ;
- la présence d'antécédents ou de facteurs de risques de pathologie liées à l'hypoxie d'altitude justifie la réalisation d'une consultation spécialisée ou de médecine de montagne ;

Pour la pratique de la spéléologie, l'examen médical présente une attention particulière sur l'examen de l'appareil cardio-respiratoire et pour la pratique de la plongée souterraine, sur l'examen ORL (tympans, équilibration/perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire