



Groupe Alpin Belfortain

Bulletin d'adhésion 2026 – 2027

Montant des cotisations⁽¹⁾

- | | |
|--|---------------------------|
| ☐ Adulte | 54 € |
| ☐ Jeunes (16-17ans) | 47 € |
| ☐ Famille ⁽²⁾ de 2 à 5 membres | 77 €, 102 €, 127 €, 152 € |

Paiement de préférence par chèque à l'ordre du Groupe Alpin Belfortain ou IBAN FR76 1027 8070 0300 0207 1980 405

(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, au moins un membre mineur et au maximum deux membres majeurs. Les enfants de moins de 16ans ne peuvent pas pratiquer en individuel.

Adhérent (SVP écrire lisiblement!)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Adresse :
.....

N° de téléphone :

☐ je ne souhaite pas être sur le groupe GAB WhatsApp

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

Les activités proposées par le club sont ouvertes à tous nos adhérents ne présentant pas de contre-indications médicales à ces pratiques. Pour les sorties Spéléologie un certificat médical annuel est obligatoire.

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

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

Signature

10 rue de Londres, 90000 BELFORT

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 : Les caractéristiques médicales de non contre-indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières sont :

Pour la pratique de la spéléologie (discipline sportive à contraintes particulières), 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 (tympan, équilibration/perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire.

Pour la pratique de l'alpinisme au-dessus de 2500 mètres d'altitude, l'examen médical présente une attention particulière sur l'examen cardio-vasculaire. De plus 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.

10 rue de Londres, 90000 BELFORT

groupalpbelfort@laposte.net

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

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