

## Fiche d'inscription 2021-2022

Club : **DIEMOZ SKI MONTAGNE**



A retourner à : *Jeannine KOZA* [jeannine.koza4@orange.fr](mailto:jeannine.koza4@orange.fr)  
 Ou à remettre à Yves AUSSERT, président

La fiche d'inscription doit être accompagnée du montant correspondant à vos choix, d'un **certificat médical**

Pour information, coût licence FFME + garanties responsabilité civile obligatoire + coût garanties de personne formule BASE  
 (atteinte corporelle, frais de recherches, assistance rapatriement)

	Cotisation	Option ski	Découverte
Adhésion DSM + licence FFME avec garanties comprenant la responsabilité civile + garanties de personnes formule base	<b>86.50 €</b> par an	<b>+ 5.00 €</b> par an	
Non adhérent - adhésion à la journée			<b>6.00 €</b>

Nouvelle inscription

Renouvellement

Numéro de licence : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Pour recevoir votre attestation de licence 2020-2021 et vos codes de connexion à l'espace personnel my FFME, vous devez obligatoirement fournir une adresse électronique (écrire lisiblement) :

\_\_\_\_\_ Et/ou un numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_

➤ **Première licence**

\* certificat médical :    loisir     alpinisme     compétition     prescription sport santé

(Alpinisme = activité d'alpinisme pratiquée au-dessus de 2500m comportant un séjour d'au moins une nuit à cette altitude ou au-dessus).

Je certifie avoir fourni un certificat médical de non-contre-indication aux sports statutaires de la fédération établi par le docteur \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques indiquées par mon médecin.

➤ **Renouvellement de la licence**

Renouveler le certificat médical chaque saison et compléter :

Je certifie avoir fourni un certificat médical de non-contre-indication aux sports statutaires de la fédération établi par le docteur \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ et avoir pris connaissance des précautions et restrictions éventuelles des pratiques.

Signature de l'adhérent ou du responsable légal (pour les mineurs) :