



Pass'Randos 2025 pour un mineur (à partir de 10 ans révolus)

Merci de remplir le formulaire en majuscules et de cocher les cases utiles.

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	NOM	Prénom
Formation ou scolarité*		Date de naissance
Adresse postale		
Code postal		Commune
Téléphone fixe*		Téléphone mobile
Courriel (différent de celui de tout adhérent) @.....		
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. (*Mentions facultatives)		
Date		Signature du mineur

Cotisation valable du 01/06/2025 au 31/08/2025	
<input type="checkbox"/> Mineur de plus de 10 ans (assurance Albingia comprise)	10 €
Chèque libellé à l'ordre de : Les Amis du Parc national des Pyrénées	
L'assurance Albingia est une complémentaire pour toutes les activités des APNP sauf via ferrata et spéléologie	

Questionnaire santé ou certificat médical (cocher impérativement une des deux cases)	
<input type="checkbox"/>	J'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé pour les sportifs mineurs, avoir pris connaissance des préconisations des APNP. J'atteste sur l'honneur avoir répondu, avec le mineur ci-dessus désigné, par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé que je garde pour moi et je reconnais expressément que les réponses apportées par nos soins relèvent de ma responsabilité exclusive.
<input type="checkbox"/>	Nous avons répondu oui au moins une fois au questionnaire santé que nous gardons pour nous. Je joins obligatoirement un certificat médical de moins d'un an, de non contre-indication à la pratique des sports de montagne.

Consentements représentant légal			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Adresse postale			
Code postal		Commune	
Téléphone fixe		Téléphone mobile	
Courriel (différent de celui de tout autre adhérent) @.....			
J'autorise le mineur ci-dessus désigné à participer aux sorties ouvertes aux mineurs (OAM).			
J'autorise le recueil et l'utilisation des données personnelles du mineur par les APNP selon les modalités précisées dans le règlement intérieur de l'association, dont j'ai pris connaissance, et conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD). Je dispose d'un droit d'accès et de rectification de ses données en contactant le secrétariat administratif (contact@apnp.fr).			
<input type="checkbox"/>	J'autorise la publication sur les supports de communication des APNP de photographies où le mineur est identifiable.		
<input type="checkbox"/>	Je n'autorise pas cette publication		

Membres de la famille (père, mère, grand-père, grand-mère, oncle, tante), également adhérents , désignés pour accompagner le mineur lors des sorties :		
Nom	Prénom	Lien de parenté
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