



**LES AMIS DU PARC NATIONAL DES PYRÉNÉES (APNP)**  
Association loi 1901 reconnue d'intérêt général  
Agréée Jeunesse et sport  
Affiliée à la Fédération Sportive et Gymnique du Travail (FSGT)

**Bulletin d'adhésion 2025-2026 pour un adulte**  
Merci de le remplir en majuscules et de cocher les cases utiles

M  Mme

**NOM** ..... **Prénom** .....

Profession\* (actuelle ou passée) ..... Date de naissance.....

Adresse postale .....

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

Téléphone fixe\* ..... Téléphone mobile .....

Courriel (différent de celui de tout autre adhérent) ..... @.....

(\* Mentions facultatives)

**Comment avez-vous connu l'association ?** .....

**Cotisation valable du 01/09/2025 au 31/08/2026**

Membre actif ..... 48 €

Conjoint, étudiant, demandeur d'emploi (sur présentation de justificatif) ..... 30 €

Prénom et nom du conjoint qui paie le plein tarif : .....

Je souhaite obtenir et récupérer la version papier des programmes, à ma permanence..... 10 €

**Assurance facultative couvrant la même période**

Assurance Albingia, complémentaire pour toutes les activités des APNP sauf via ferrata et spéléologie ..... 8 €

Nota : Tout adhérent qui ne cotise pas à l'assurance ALBINGIA a tout intérêt à souscrire à titre individuel, auprès de l'assureur de son choix, des garanties complémentaires pour les dommages liés à la pratique des activités proposées.

Chèque libellé à l'ordre de : Les Amis du Parc national des Pyrénées **TOTAL À RÉGLER .....€**

**Questionnaire santé ou certificat médical (cocher impérativement une des cases)**

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des préconisations des APNP et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé pour les sportifs majeurs (Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis et que je garde pour moi. Je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

J'ai répondu oui au moins une fois au questionnaire santé que je garde pour moi. Je joins obligatoirement un certificat médical, daté de moins d'un an, de non contre-indication à la pratique des sports de montagne

Je ne participe pas aux randonnées. Je ne joins pas de certificat médical.

**Engagements et consentements**

J'ai pris connaissance des statuts et du règlement Intérieur de l'association et m'engage à les respecter.

Les données personnelles seront utilisées par les APNP selon les modalités précisées dans le règlement intérieur de l'association. Je dispose notamment d'un droit d'accès et de rectification de mes données en contactant le secrétariat administratif ([contact@apnp.fr](mailto:contact@apnp.fr)). Voir plus d'informations sur le site internet.

Lors des sorties, je m'engage à m'équiper convenablement et à respecter les directives des encadrants.

OUI  NON à la publication sur les supports de communication des APNP de photographies où je suis identifiable.

OUI  NON à la communication de mes coordonnées téléphoniques aux adhérents inscrits à mes sorties.

Date ..... Signature

 **Vous pouvez aussi aider votre association en faisant un don.** Dans ce cas, un reçu fiscal vous sera envoyé. Il vous permettra de bénéficier, au titre de l'année en cours, d'un crédit d'impôt égal à 66% de votre don.

Merci d'établir un chèque distinct de celui relatif à l'adhésion. **Montant du don : ..... €**