



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

☐ M ☐ Mme **NOM** **Prénom**
Formation ou scolarité* Date de naissance
Adresse postale
Code postal Commune
Téléphone fixe* Téléphone mobile
Courriel (différent de celui de tout autre 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.

(* Mention facultative)

Déclare adhérer à l'association afin de participer aux sorties OAM (Ouvertes aux mineurs) organisées par « Les Amis du Parc national des Pyrénées » dans le cadre du programme 2025/2026.

Date Signature du mineur

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

☐ Membre actif mineur 15 €

☐ 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 deux cases)

☐ J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des préconisations des APNP et avoir répondu, avec le mineur ci-dessus désigné, par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé pour les mineurs que nous gardons pour nous.

Je reconnais expressément que les réponses apportées par nos soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

☐ 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 du représentant légal

Je soussigné(e)

☐ M ☐ Mme **NOM** **Prénom** ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Adresse postale

Code postal Commune

Téléphone fixe* Téléphone mobile

Courriel (différent de celui de tout autre adhérent) @

Autorise le mineur ci-dessus désigné à participer aux sorties ouvertes aux mineurs (OAM).

Les données personnelles du mineur 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 ses données en contactant le secrétariat administratif (contact@apnp.fr). Voir plus d'informations sur le site internet.

☐ J'autorise la publication sur les supports de communication des APNP de photographies où le mineur est identifiable.

Membres de la famille, également adhérents, désignés pour accompagner le mineur lors des sorties :

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