



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 2026-2027 pour un mineur (à partir de 10 ans révolus)

Merci de remplir le formulaire dans sa totalité, 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.

(* Mentions facultatives)

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 2026/2027.

Date Signature du mineur

Cotisation valable du 01/09/2026 au 31/08/2027

☐ 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)

☐ Après avoir pris connaissance des préconisations des APNP, le représentant légal atteste sur l'honneur avoir reçu et complété, avec le mineur désigné ci-dessus, le questionnaire de santé, et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques qui y figurent. Il déclare conserver ce questionnaire et reconnaît expressément que les réponses fournies relèvent de sa seule responsabilité.

☐ Ayant répondu par l'affirmative à au moins une des rubriques, le représentant légal déclare conserver ce questionnaire et joindre obligatoirement un certificat médical de moins d'un an attestant de l'absence de 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) @.....

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).

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

☐ 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
Lors de l'inscription à une sortie, la personne qui accompagnera le mineur pendant cette sortie sera signalée.

Date Signature du représentant légal