



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 adulte
Merci de le remplir dans sa totalité, en majuscules et de cocher les cases utiles

☐ M ☐ Mme

NOM **Prénom**

Profession* (actuelle ou antérieure) 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 01/09/2026 au 31/08/2027

☐ 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 reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations des APNP et avoir renseigné le questionnaire de santé pour les sportifs majeurs (Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis. J'atteste sur l'honneur avoir répondu 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 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). 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 aux sorties auxquelles je participe.

Date

Signature



Vous pouvez aussi aider votre association en faisant un don.

Dans le cas d'un don supérieur à 10€, 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 : €

Permanence 64 : Cité des Pyrénées - 29 bis rue Berlioz – 64000 PAU - 05 59 27 15 30 - permanence.64@apnp.fr

Permanence 65 : 2 chemin de l'Ormeau – 65000 TARBES - 05 62 93 35 38 - permanence.65@apnp.fr