



2023

Enregistré FFCT le  
\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Exemplaire original à conserver au club

Enregistré site Club le  
\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**Renouvellement** N° Licence : \_\_\_\_\_ Si nouvel adhérent

**Première adhésion** (Le Certificat médical de non contre-indication (CMNCI) est obligatoire sauf pour la formule Vélo Balade)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

(Courriel) : \_\_\_\_\_

### FORMULES DE LICENCES & ASSURANCES (Cases à cocher)

**Balade** (sans CMNCI)  **Rando** (CMNCI ou Questionnaire)  **Sport** (CMNCI cyclisme en Compétition)

OPTIONS ASSURANCES CATEGORIE	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
<b>ADULTE</b>	49.5 € <input type="checkbox"/>	51.5 € <input type="checkbox"/>	101.5 € <input type="checkbox"/>	12 € <input type="checkbox"/>	_____ €
<b>FAMILLE</b>					
<b>1<sup>er</sup> ADULTE</b>	49.5 € <input type="checkbox"/>	51.5 € <input type="checkbox"/>	101,5 € <input type="checkbox"/>	12 € <input type="checkbox"/>	_____ €
<b>2<sup>ème</sup> ADULTE</b>	34 € <input type="checkbox"/>	36 € <input type="checkbox"/>	86 € <input type="checkbox"/>	12 € <input type="checkbox"/>	_____ €
<b>ABONNEMENT REVUE</b>					
<b>ABONNEMENT REVUE</b>	23 € <input type="checkbox"/>	<i>Si nouvel adhérent</i>		28 € <input type="checkbox"/>	_____ €
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT					_____ €

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHESION AU CLUB (tous les documents sont signés du demandeur)

- Le présent bulletin d'inscription  La notice d'assurance « AXA » signée
- Un chèque à l'ordre de **AST Cyclotourisme** (Chèque N ° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_)

### Aptitude médicale (Cochez la case correspondante)

<input type="checkbox"/> Je fournis un certificat médical de moins de 12 mois (Cyclotourisme ou Cyclisme en compétition) Date du certificat : _____ Docteur : _____	<input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.
---	--

Droit à l'image :  Oui  Non J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club :  Oui  Non

J'ai lu le règlement de la Section, la Charte et je m'engage à les respecter ainsi que de respecter le Code de la route.

Fait le ..... Signature obligatoire :

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.