



Saison 2022

Enregistré FFCT le
 ___/___/20___

Exemplaire original à conserver au club

Nouvel adhérent enregistré sur le site Club
 le ___ / ___ / 20___

Renouvellement N° Licence : _____

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 : _____ ☎ : _____ 📞 : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville _____

(Courriel) : _____

FORMULES DE LICENCES & ASSURANCES (1 case à cocher)

- Balade** (sans CMNCI) **Rando** (CMNCI < 5ans ou Questionnaire) **Sport** (CMNCI cyclisme compétition < 3ans)

OPTIONS ASSURANCES CATEGORIE	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	48.50 € <input type="checkbox"/>	50.50 € <input type="checkbox"/>	100.50 € <input type="checkbox"/>	12 € <input type="checkbox"/>	_____ €
FAMILLE					
1 ^{er} ADULTE	48.50 € <input type="checkbox"/>	50.50 € <input type="checkbox"/>	100.50 € <input type="checkbox"/>	12 € <input type="checkbox"/>	_____ €
2 ^{ème} ADULTE	33 € <input type="checkbox"/>	35 € <input type="checkbox"/>	85 € <input type="checkbox"/>	10 € <input type="checkbox"/>	_____ €
ABONNEMENT REVUE					
ABONNEMENT REVUE	20,00 € <input type="checkbox"/>	<i>Si nouvel adhérent</i>	25,00 € <input type="checkbox"/>		_____ €
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT					_____ €

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

(tous les documents sont signés du demandeur)

- Le présent bulletin d'inscription** **La notice d'assurance « AXA » signée**
- 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..(ne pas communiquer le CERFA)
---	--

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.