****

 Renouvellement

Première adhésion **(Le CMNCI\* est obligatoire sauf pour la formule Vélo Balade)**

****\*CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

******Nom :**  **Prénom : N° de licence :**

**Date de naissance (jj/mm/aaaa) :** **Adresse :**

** Code postal  Ville**

**🕿 :** **🖂 :**

******FORMULES DE LICENCES**

**Vélo Balade (sans CMNCI) Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme) Vélo Sport (CMNCI cyclisme en Compétition)**

**OPTIONS**

**ASSURANCES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORIE** | **MINI BRAQUET (A)** | **PETIT BRAQUET (A)** | **COTISATION CLUB (B)**  **GRAND BRAQUET (A)** | **TOTAL**  **(A)+(B)** |  |
| **ADULTE** | 43,00 € | 45,00 € | 93,00 € |  | **€** |
| **JEUNES de -18 ANS (seul ou PAJ)** |  | 12,00 € | 60,00 € |  | **€** |
| **ECOLE CYCLO (- 18 ans)** |  | 12,00 € | 60,00 € |  | **€** |
| **JEUNES de 18-25 ans** | 26,50 € | 28,50 € | 76,50 € |  |  |
| **FAMILLE** | | | | | |
| **1er ADULTE** | 43,00 € | 45,00 € | 93,00 € |  | **€** |
| **2ème ADULTE** | 27,50 € | 29,50 € | 77,50 € |  | **€** |
| **JEUNES de - 18 ans** |  | 6,50 € | 54,50 € |  | **€** |
| **JEUNES de 18-25 ans** | 21,00 € | 23,00 € | 71,00 € |  |  |
| **Enfants de 6 ans et moins** | Offerte | | 48,00 € |  |  |
| **ABONNEMENT REVUE / OPTION FFCC** | | | | | |
| **ABONNEMENT REVUE** | 20,00 € **\*\***  **FAMILLE** |  | 25,00 €  **INDIVIDUEL** |  | **€** |
| **OPTION FFCC** |  |  |  |  | **€** |
| 26,00 € |  | 21,70 € |  |
| TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT + OPTION FFCC | | | | | **€** |

**\*\*Pour tout nouvel adhérent**

**CONSTITUTION DU DOSSIER D’ADHÉSION AU CLUB**

• Le présent bulletin d’inscription signé

• La notice d’assurance « Allianz » signée

• Un chèque à l’ordre de……………………….. correspondant aux options choisies

• Un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition)

**EN ADHÉRANT AU CLUB DE ...**

**** • Je m’engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club et les informations de ce dossier d’adhésion

**OUI** **NON**

**OUI**  **NON**

• Droit à l’image : • J’autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club :

****

Je fournis un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition).

Ou

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.

J'atteste sur l'honneur 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.



**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.**

Fait le ……………………………………… Signature obligatoire :