



FORMULAIRE D'ADHÉSION
au
VÉLO Club du Cagire



Exemplaire original à conserver au club

Renouvellement

N° de licence

(1^{ère} adhésion, certificat médical (CMNCI) * obligatoire sauf pour la formule vélo balade).

* CMNCI : certificat médical de non contre indication

Nom

Prénom

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse:

VILLE

Code postal



Adresse mail

FORMULES DE LICENCES

Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme) <input type="checkbox"/> <i>Les certificats datant de 2017 ne sont plus valables.</i>	Vélo Sport (CMNCI cyclisme en Compétition) <input type="checkbox"/> <i>Les certificats datant de 2019 ne sont plus valables.</i>	Si j'utilise un VAE, je certifie qu'il n'est pas débridé <input type="checkbox"/>
---	---	--

Cochez votre formule et options

Cotisation FFVELO + cotisation CLUB (Assurance incluse)	Mini braquet	Petit braquet	Grand braquet	TOTAL
Adulte		51,00 € <input type="checkbox"/>	101,00 € <input type="checkbox"/>	
Jeunes de moins 18 ans		34,00 € <input type="checkbox"/>	62,00 € <input type="checkbox"/>	

FAMILLE

2ème adulte		35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>	
Jeunes de moins 18 ans		18,00 € <input type="checkbox"/>	68,00 € <input type="checkbox"/>	
Jeunes de 18 ans-25 ans		34,00 € <input type="checkbox"/>	84,00 € <input type="checkbox"/>	
			TOTAL : LICENCE	

ABONNEMENT REVUE

ABONNEMENT REVUE	25,00 € <input type="checkbox"/> renouvellement	20,00 € <input type="checkbox"/> nouvel adhérent	
------------------	--	---	--

TOTAL : LICENCE + ABONNEMENT REVUE

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

Le présent bulletin d'inscription signé

La notice d'assurance « AXA » signée

Un certificat médical (cyclotourisme ou cyclisme en compétition) **ou** le questionnaire de santé + le renouvellement de licence.

Un chèque correspondant aux options choisies à l'ordre de VCCA (Vélo Club du Cagire)

EN ADHÉRANT AU Vélo Club du Cagire

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

• Droit à l'image OUI NON

• J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : OUI NON

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-Sein

Fait le

Signature obligatoire :