

CYCLO CLUB DE ST EVARZEC – INSCRIPTION SAISON 2023

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **Tél portable :** _____

Adresse : _____

Adresse @mail : _____

Nom et tél de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

▪ **LA COTISATION CLUB 20 €** Je souhaite pratiquer : VTT ROUTE & VTT VAE

▪ **LA LICENCE « Vélo rando »** (Cyclotourisme - Sport - Activité physique et sportive)

Choisir son type d'assurance :	PETIT-BRAQUET (Responsabilité civile + défense/recours + accident corporel et rapatriement)	GRAND-BRAQUET (Petit-braquet + dommages à la bicyclette)
Jeune (-18 ans) accompagné d'un adulte inscrit <small>Un mineur doit obligatoirement être pris en charge et accompagné par son tuteur légal lors de chaque sortie.</small>	18,50 €	68,50 €
Jeune (10 à 25 ans)	35,00 €	85,00 €
1 ADULTE	51,50 €	101,50 €
2 ^{ème} ADULTE (au même domicile)	36,00 €	86,00 €

⇒ **COTISATION CLUB 20 € + LICENCE _____ € = _____ € montant total de l'inscription.**

Certificat médical obligatoire (valable 5 ans) de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme ou auto-questionnaire pour les 4 années suivantes (case suivante cochée).

Cochez ici

Je déclare avoir répondu « non » à toutes les questions du questionnaire de santé

La notice d'information relative au contrat d'assurance vous sera envoyée par courrier électronique ou peut être consultée sur le site du Club www.les-riders.com ou de la FFCT.

Déclaration du licencié-Saison 2023

A retourner obligatoirement au Club (ou à la FFCT pour les membres individuels)

Je soussigné(e) _____ né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|

Pour le mineur représentant légal de _____ né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|

Licencié de la FFCT à (nom du club) _____

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents :
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles : (Décès, invalidité Permanenter, Frais médicaux et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la FFCT.
- Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes :
indemnité journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le |_|_|_|_|_|_|_|

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)