



Union des Cyclotouristes Saint-Lois

300, rue de la Trapinière – 50000 SAINT-LO

Tél : 06 51 98 63 63 e.mail : cyclosaintlois@gmail.com

cocher une case
par licencié

B
A
L
A
D
E
R
A
N
D
O
S
P
O
R
T

DEMANDE DE LICENCE 2022

| Nom & Prénom (+ nom de naissance) | Sexe | N° de licence | Date de Naissance | Lieu de Naissance (ville & dpt) | Téléphone |
|----------------------------------------------------------------------------|------|---------------|-------------------|---------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | |

R
O
U
T
E
V
L
E
T
E
U
S
X

Adresse postale :

Adresse électronique : @

Personne à prévenir en cas d'accident : Téléphone.....

VAE

| CATEGORIE | MINI BRAQUET ** (RESP. CIVILE) | PETIT BRAQUET (PB) | GRAND BRAQUET (GB) | Nombre | Montants |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------|----------|
| Jeunes < 18 ans | 32,00 € | 34,00 € | 84,00 € | | |
| ADULTES | | | | | |
| Sans revue | 64,50 € | 66,50 € | 116,50 € | | |
| Avec revue | 89,50 € | 91,50 € | 141,50 € | | |
| FAMILLE | | | | | |
| 1 ^{er} adulte Sans revue | 64,50 € | 66,50 € | 116,50 € | | |
| 1 ^{er} adulte Avec revue | 89,50 € | 91,50 € | 141,50 € | | |
| 2 ^{ème} adulte | 41,00 € | 43,00 € | 93,00 € | | |
| Jeunes - 18 ans | 16,50 € | 17,50 € | 67,50 € | | |

Pour info Abonnement à la revue 25,00 €

TOTAL

Entourer votre choix, signer le document joint pour l'Assurance, établir le chèque à l'ordre de UCT Saint-Lô.

CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

"BALADE" le CMNCI n'est pas nécessaire. Cependant il est important de consulter régulièrement son médecin, de suivre ses préconisations et de respecter les cotations de difficulté des circuits.

Options Assurance du Licencié

OPTIONS AUX "PB" & "GB"

Assurances optionnelles Indemnités Journalières, Invalidité Permanente, Décès, etc, contacter AMPLITUDE

Pour toutes informations : vos contacts

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amplitude Assurances Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES AMPLITUDE ASSURANCES Céline Gomis - Philippe Garrigues 17 Bld de Gare 31500 TOULOUSE N°Orias : 20005657 - www.orias.fr Téléphone : 05 61 52 19 19 e-mail contact@cabinet-gomis-garrigues.fr Site internet : www.cabinet-gomis-garrigues.fr | LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME 12 Rue Louis Bertrand CS 80045 94207 IVRY SUR SEINE CEDEX Téléphone : 01.56.20.88.82 e-mail : l.blondeau@ffvelo.fr Site internet : www.ffvelo.fr |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

"RANDO": Le CMNCI est obligatoire lors de l'affiliation. Il est ensuite à renouveler tous les 5 ans. Chaque année, le licencié doit remplir un auto-questionnaire (confidentiel, qu'il doit conserver). S'il répond oui à l'une des questions, le CMNCI doit être renouvelé avant la période de 5 ans. Pour une meilleure prévention des risques l'Union des Cyclotouristes Saint-Lois préconise un CMNCI lors du renouvellement chaque année

Renseigner le questionnaire de santé (CERFA N°15699*01)
Signer l'attestation sur l'honneur (voir page 2) d'avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé

Date certificat médical ____ / ____ / ____

"SPORT": Le certificat médical de non contre-indication, y compris en compétition, est obligatoirement à renouveler chaque année.

Fait à Saint-Lô le

signature(s)

EN ADHÉRANT AU CLUB

- 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

Signer l'Attestation sur l'honneur et le document Assurances au dos, 1 exemplaire par licencié, tournez la page SVP

* Le licencié Vélo-Balade FFCT ne peut prétendre aux capitaux décès ACV/AVC même avec la formule d'assurance Petit Braquet et Grand Braquet.

** Mini-Braquet : vous assurez les autres, difficile sinon impossible de vous inscrire à des sorties extérieures au club, SF, Brevets Fédéraux par exemple...



Attestation sur l'honneur à signer **si vous ne fournissez pas de certificat médical** (un par licencié pour les familles)

ATTESTATION- SAISON 2022

À compléter, à signer et à remettre obligatoirement à votre club ou à la Fédération (si vous êtes membre individuel)

Je soussigné(e) : né(e) le

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Pour les mineurs représentant légal de né(e) le

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

N° de licence :

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par la Fédération (ou par le club). Et, 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.

Fait à, le

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Signature du licencié(e)

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.

Fédération française de cyclotourisme - 12 rue Louis Bertrand CS 800 45 -94207 Ivry sur seine cedex
☎ 01 56 20 88 82 ✉ l.blondeau@ffvelo.fr – Internet : www.ffvelo.fr

Notice d'information assurance à signer par tous (un par licencié pour les familles), la notice complète ainsi le guide du licencié sont joints en annexes à la demande de licence



Déclaration du licencié - Saison 2022

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) né(e) le

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Pour le mineur représentant légal de né(e) le

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Licencié de la Fédération à (nom du Club)

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération 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 Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération
- 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)*