

- RENOUELEMENT
 1ERE ADHESION (Certificat médical est obligatoire sauf pour la formule VELO BALADE)

NOM _____ PRENOM _____ N° DE LICENCE _____
 NE (E) LE _____ ADRESSE _____ CP _____
 MAIL _____ TEL DOM _____ TEL PORTABLE _____

FORMULES LICENCES
VELO BALADE (sans cert. Med.)
VELO RANDO (C.M)
VELO SPORT (C.M. compétition)
CERTIFICAT MEDICAL ANCIEN ADHERENT - (Ne sont valables que ceux délivrés après le 1/01/2016)
DATE DE L'ANCIEN CERTIFICAT : _____ DATE DU NOUVEAU CERTIFICAT : _____
CERTIFICAT MEDICAL NOUVEL ADHERENT : (certificat moins de 12 mois)
DATE _____ NOM DU MEDECIN _____
ASSURANCE (MB* - PB ** GB *) - COTISATIONS – REVUE**

OPTIONS ASSURANCE et COTISATION FFCT	MINI * BRAQUET	PETIT ** BRAQUET	GRAND *** BRAQUET	COTISATION CLUB	TOTAL	CHOIX
	42	44	92	13		MB – PB - GB
JEUNE – 18 ANS	26,50	28,50	76,50	6,50		MB – PB - GB
RAPPEL 2017						
FAMILLE						
1 ^{ER} ADULTE	42	44	92	13		MB – PB - GB
2EME ADULTE	26,50	28,50	76,50	13		MB – PB - GB
JEUNE	21	23	71	6,50		MB – PB - GB
REVUE						
ABONNEMENT REVUE	18 (nouvel adhérent FFCT)			24		
RAPPEL 2017	OUI			NON		
TOTAL : ASSURANCE + COTISATION + REVUE						
TYPE DE PAIEMENT	CHEQUE	ESPECES	CH VACANCES	MONTANT		

DECLARATION DU LICENCIE DU VELO-CLUB ANNECY EN 2018

Je soussigné (e) NOM _____ PRENOM _____ NE (e) LE _____
 Pour le mineur représentant légal de _____ NOM _____ PRENOM _____ NE (e) LE _____

DECLARE :

- Avoir pris connaissance de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès d'ALLIANZ pour le compte de ses adhérents et de l'intérêt que représente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (décès, invalidité permanente, frais médicaux, assistance) pour les personnes pratiquant une activité physique au sein de la FFCT
 - Avoir choisi en complément des formules MB, PB, GB, les options : Indemnité journalière forfaitaire – complément décès-invalidité
 - Avoir souscrit au contrat individuel Garantie des accidents de la vie (CAV) : OUI NON
 - Ne retenir aucune option complémentaire proposée
 - J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été transmis 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.
 - Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route
 - J'accepte de rétrocéder mon image au travers de photos, films ou tout autre support de communication oui non
 - J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : oui non
 - Je suis intéressé par les formations suivantes : PSC1 RECYCLAGE PSC1 MECANIQUE GPS ENCADREMENT DES GROUPES
- BENEVOLAT - AIDE A LA BOURSE AUX VELOS 10 MARS – A LA CYCLOMONTAGNARDE 8/9/10 JUIN**

FAIT A ANNECY LE :

SIGNATURE