

REAFFILIATION COUPLES 2020



CHEF DE FAMILLE

Nom: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom: <input style="width: 90%;" type="text"/>	N° de Licence: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Code postal: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Ville: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Tél fixe: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Portable: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Email: <input style="width: 90%;" type="text"/>

FORMULES DE LICENCES * (CHEF DE FAMILLE)

<input type="checkbox"/> Vélo Balade (sans CMNCI) Pas de certificat médical	<input type="checkbox"/> Vélo Rando (CMNCI cyclotourisme) Certificat médical valable 5 ans	<input type="checkbox"/> Vélo Sport (CNMI Cyclisme en compétition) Certificat médical valable 1 an
---	--	--

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.

2ème MEMBRE ADULTE

Nom: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom: <input style="width: 90%;" type="text"/>	N° de Licence: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Code postal: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Ville: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Tél fixe: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Portable: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Email: <input style="width: 90%;" type="text"/>

FORMULES DE LICENCES * (2ème MEMBRE ADULTE)

<input type="checkbox"/> Vélo Balade (sans CMNCI) Pas de certificat médical	<input type="checkbox"/> Vélo Rando (CMNCI cyclotourisme) Certificat médical valable 5 ans	<input type="checkbox"/> Vélo Sport (CNMI Cyclisme en compétition) Certificat médical valable 1 an
---	--	--

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

TARIF DE LA LICENCE 2020 SUIVANT LA FORMULE CHOISIE (frais de club inclus)							Montant suivant formule choisie	
CATEGORIE	MINI BRAQUET		PETIT BRAQUET		GRAND BRAQUET			
	sans revue	avec revue	sans revue	avec revue	sans revue	avec revue		
Moins de 25 ans	33,50	58,50	35,50	60,50	83,50	108,50		
Adultes + de 25 ans	50,00	75,00	52,00	77,00	100,00	125,00		
FAMILLE	Chef de famille	50,00	75,00	52,00	77,00	100,00	125,00	
	2ème membre adulte	34,50		36,50		84,50		
	jeunes de 7 à 25 ans	28,00		30,00		78,00		

Montant total licence :

POUR INFORMATION : composition du tarif de la licence

TARIFS	Cotisation FFCT (avec ou sans revue)	Revue	Assurance			Frais club 2019
			Mini braquet	Petit braquet	Grand braquet	
Moins de 25 ans	12	25,0	14,5	16,5	64,5	7
Adultes + de 25 ans	28,5	25,0	14,5	16,5	64,5	7
Chef de famille	28,5	25,0	14,5	16,5	64,5	7
2ème membre adulte	13		14,5	16,5	64,5	7
jeunes de 7 à 25 ans	6,5		14,5	16,5	64,5	7

Important : à la prise de licence, chaque adhérent s'engage à porter un casque

Envoyez votre inscription avant le 18/01/2020 au président du club:

Patrice Bouchevreau, 31 rue du Maine 72100 Le Mans (Tél: 06 95 74 91 27)

<input type="checkbox"/> règlement par chèque à l'ordre du "CSCM Section cyclotourisme" à envoyer avec votre inscription ou <input type="checkbox"/> règlement par Carte Bancaire sur le site "Helloasso" suivant le lien ci-dessous: https://www.helloasso.com/associations/cscm-cheminots-section-cylo/adhesions/adhesion-2020
--

Fait à Le Mans le: _____

Signature: _____



Déclaration du licencié - Saison 2020

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 de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Allianz 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)



Déclaration du licencié - Saison 2020

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 de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Allianz 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)

