REAFFILIATION 2024: 1er ADULTE

NOM: | PRENOM: | N° DE LICENCE:

DATE DE NAISSANCE: | ADRESSE:

CODE POSTAL: | VILLE:

TEL PORTABLE: | TEL FIXE: | EMAIL:

FORMULES DE LICENCES *

TYPE DE PRATIQUE: ROUTE ☐ VTT/VTC ☐ GRAVEL ☐

Pratiquez-vous le VAE OUI ☐ NON ☐

*

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (Ce questionnaire est strictement personnel)

☐ **J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.**
J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon le recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents qiestionnaires.

TARIF DE LA LICENCE 2024 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	
FAMILLE	1er adulte	56.50	84.50	58.50	86.50	108.50	136.50	
	2ème adulte	41.00		43.00		93.00		
	jeunes 18-25 ans	40.00		42.00		92.00		
	jeunes - de 18ans	24.50		25.50		75.50		

Montant total licence :	- €

POUR INFORMATION : composition du tarif de la licence

TARIFS	Cotisation FFCT (avec ou sans revue)	Revue	Assurance			Frais club 2024
			Mini braquet	Petit braquet	Grand braquet	
1er adulte	29.5	28.0	20.0	22.0	72.0	7
2ème adulte	14		20.0	22.0	72.0	7
Jeunes de 18-25 ans	13	28.0	20.0	22.0	72.0	7
jeunes - de 18 ans	7.5		10.0	11	61.0	7

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

Envoyez votre inscription avant le 23/01/2024 au président du club:
Patrice Bouchevreau, 31 rue du Maine 72100 Le Mans Tél: 06 95 74 91 27

☐ **Règlement par chèque à l'ordre du "CSCM Section cyclo" à envoyer avec votre inscription**
ou
☐ **Réglement par Carte Banquaire sur le site "Helloasso" suivant le lien transmis par mail**

Fait à: _____ **Le:** _____

Signature(s):

DOCUMENT D'ASSURANCE AXA A COMPLETER: 1er ADULTE

Déclaration du licencié - Saison 2024

A 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): CLUB SPORTIF CHEMINOTS DU MANS
déclare:
* Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit de 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 portive 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 du mineur)

REAFFILIATION 2024: 2ème ADULTE ou JEUNE 18 à 25 ANS

NOM: | PRENOM: | N° DE LICENCE:

DATE DE NAISSANCE: | ADRESSE:

CODE POSTAL: VILLE:

TEL PORTABLE: TEL FIXE: EMAIL:

FORMULES DE LICENCES *

TYPE DE PRATIQUE: ROUTE ☐ **VTT/VTC** ☐ **GRAVEL** ☐

Pratiquez-vous le VAE OUI ☐ NON ☐

*

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (Ce questionnaire est strictement personnel)

☐ **J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.**
J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon le recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents qiestionnaires.

DOCUMENT D'ASSURANCE AXA A COMPLETER: 2ème ADULTE ou jeune 18 à 25 ans

Déclaration du licencié - Saison 2024

A 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): CLUB SPORTIF CHEMINOTS DU MANS
déclare:
* Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit de 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 portive 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 du mineur)