A.C.S.C. Cyclotourisme – VTT

www.cormeilles-cyclo-vtt.fr

Club affilié N°04274

BULLETIN INDIVIDUEL & FAMILIAL D'INSCRIPTION

ANNEE 2021

☐ ROUTE ☐ VTT ☐ VAE

Nom _____ **Prénom** _____ Date de naissance _____

Adresse : n° _____ (Rue, Av, Bd, Sq) _____ Code Postal _____

Ville _____ ☎ Fixe_____

☎ Portable _____ Adresse email **(IMPORTANT):** _____@_____

Prénom	Date de Naissance	Téléphone Fixe et/ou Portable	Groupe Sanguin

CMNCI - Cetificat Médical de Non Contre-Indication à la pratique du vélo

☐	VELO BALADE	1ère adhésion	CMNCI de moins de 1 an à fournir
		Renouvellement de licence	Rien à fournir
☐	VELO RANDO	1ère adhésion	CMNCI de moins de 1 an à fournir
		Renouvellement de licence	Remplir et conserver le questionnaire « QS – Sport » (ne pas le transmettre au club, document médical confidentiel)
		J'ai répondu NON à toutes les questions	Rien à fournir
		J'ai répondu OUI à au moins une des questions	CMNCI de moins de 1 an à fournir
☐	VELO SPORT	1ère adhésion ou renouvellement	CMNCI obligatoire tous les ans

Adhésion (FFvélo & club + assurance)		Petit Braquet*	Grand Braquet	Report
Adulte		70,00 €	118,00 €	
Jeune (18 à 25ans)		46,00 €	94,00 €	
Jeune -18 ans		29,00 €	77,00 €	
Familles	1er adulte	70,00 €	118,00 €	
	2ème adulte	54,00 €	102,00 €	
	Jeune (18 à 25ans)	40,00 €	88,00 €	
	Jeune - de 18 ans	23,00 €	71,00 €	
Abonnement Revue Cyclotourisme FFVélo		20,00€ **	25,00 €	
* = obligatoire **= Pour tout nouvel adhérent			Total :	€

☐ Pour le renouvellement de ma licence formule **VELO RANDO**, 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.
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.

EN ADHÉRANT AU CLUB

- 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 ☐

Retourner le document à : Mr. Noël STIMOLO 31 rue Pierre BROSSOLETTE 95240 CORMEILLES-EN-PARISIS ou mettre dans la boîte aux lettres de ROBERT DONNIOU 53 rue Jean BART 95240 CORMEILLES-EN-PARISIS

Le _____ /_____ /_____ Signature :

Je soussigné, Docteur _____ certifie que

M, Mme, Mlle *NOM*_____ *Prénom* _____

Age _____ ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la **Section cyclotourisme - VTT de l'A.C.S.C. de Cormeilles-en-Parisis**.

Réserve ou observation du médecin

Fait à le

Cachet et signature du médecin