[ ]  Renouvellement

[ ]  Première adhésion **(Le CMNCI\* est obligatoire sauf pour la formule Vélo Balade)**

\*CMNCI : Certificat Médical de Non-Contre-Indication

**Nom : **  **Prénom :  N° de licence :**   ****

**Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ** **Adresse : **

 ** Code postal :  Ville : **

**🕿 :** ****  **🖂 : **

**FORMULES DE LICENCES**

 **Vélo Balade (sans CMNCI)** [ ]  **Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme)** [ ]  **Vélo Sport (CMNCI cyclisme en Compétition)** [ ]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **OPTION** **CATEGORIE**  |  | **PETIT BRAQUET** | **GRAND BRAQUET** |  | **TOTAL** |
|  |
|  **ADULTE** |   | **70 €** | **115 €** |  | **€** |  |
| **JEUNES DE 18 à 25 ANS** |   | **40 €** | **88 €** |  | **€** |  |
|  |   |   |   |  |  |  |
| **FAMILLE** |  |
| **1er ADULTE** |  | **70 €** | **115 €** |  | **€** |  |
| **2ème ADULTE** |  | **35 €** | **85 €** |  | **€** |  |
| **JEUNES DE 18 à 25 ANS** |  | **34 €** | **84 €** |  | **€** |  |
| **JEUNES – de 18 ans** |  | **17,50 €** | **67,50 €** |  | **€** |  |
| **JEUNES DE 6 ANS ET MOINS** |  | **Gratuit** | **50 €** |  | **€** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ABONNEMENT REVUE**  | **23 € \*\*** [ ]  | **28 €** [ ]  |  **€** |  |
| **OPTION FFCC** | **FAMILLE** |  | **INDIVIDUEL** |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |
| **TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT + OPTION FFCC**  |  **€** |  |

 **\*\*Pour tout nouvel adhérent**

 **CONSTITUTION DU DOSSIER D’ADHÉSION AU CLUB**

• Le présent bulletin d’inscription signé

• La notice d’assurance «**AXA** » signée

• Un chèque à l’ordre de **CYCLO SPORT VILLEFRANCHOIS** correspondant aux options choisies

• Un certificat médical, de moins de 3 ans (cyclisme en compétition), ou de moins de 5 ans (vélo rando).

**EN ADHÉRANT AU CYCLO SPORT VILLEFRANCHOIS**

• 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[ ]

[ ]   **J**e fournis un certificat médical, de moins de 3 ans (cyclisme en compétition), ou de moins de 5 ans (vélo rando).

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.

Fait le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature obligatoire :