



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 : / / Adresse :
 Code postal Ville
 ☎ : ✉ : @

FORMULES DE LICENCES

Vélo Balade (sans CMNCI)

Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme)

Vélo Sport (CMNCI cyclisme en Compétition)

CATEGORIE	OPTIONS ASSURANCES	MINI BRAQUET (MB)	PETIT BRAQUET (PB)	GRAND BRAQUET (GB)	COTISATION CLUB	TOTAL
1 ^{er} ADULTE		42,00 € <input type="checkbox"/>	44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	7,00 € <input type="checkbox"/>	€
2 ^{ème} ADULTE		26,50 € <input type="checkbox"/>	28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	6,50 € <input type="checkbox"/>	€
ECOLE CYCLO (- 18 ans)			12,00 € <input type="checkbox"/>	60,00 € <input type="checkbox"/>	9,00 € <input type="checkbox"/>	€
JEUNES de 18-25 ans		26,50 € <input type="checkbox"/>	28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	6,50 € <input type="checkbox"/>	€
ABONNEMENT REVUE		20,00 € <input type="checkbox"/>	nouvel adhérent	25,00 € <input type="checkbox"/>		€
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + COTISATION CLUB + ABONNEMENT						€

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription signé et d'assurance « Allianz » signé
- Un chèque à l'ordre de **Randonneurs Cyclotouristes Ernéens (R.C.E.)** correspondant aux options choisies

EN ADHÉRANT AU CLUB DES RANDONNEURS CYCLOTOURISTES ERNÉENS

- 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**

Je fournis un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition) s'il n'a pas été fourni après le 01/01/2017 pour la formule cyclotourisme
 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 : Signature Obligatoire :



----- Déclaration du licencié - Saison 2019

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
 • Avoir souscrit au contrat individuel Garanties des Accidents de la Vie (GAV) oui non
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)