



FORMULAIRE D'ADHESION CLUB 2019

Exemplaire original à conserver au Club



Demande de Licence

Demande d'Adhésion

Renouvellement

Première adhésion (Le CMNCI* est obligatoire sauf pour la formule Balade)

*CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

Nom : Prénom : N° de Licence :

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

Code Postal : Ville :

☎ : ✉ :

Personne à Prévenir en cas de besoin : ☎ :

FORMULES DE LICENCES

Vélo baladé (sans CMNCI)

Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme)

Vélo Sport (CMNCI Cyclisme en compétition)

Options Assurances Catégories	MINI BRAQUET	PETIT BRAQUET Assurance + Cotisation Club	GRAND BRAQUET Assurance + Cotisation Club	TOTAL
ADULTE		59 € <input type="checkbox"/>	107 € <input type="checkbox"/>	€
JEUNE (18 à 25 Ans)		43,50 € <input type="checkbox"/>	91,5 € <input type="checkbox"/>	€
(Licence) FAMILLE				
NOM/Prénom du 1 ^{er} adulte ayant déjà pris une licence				
Choix si vous êtes la 2 ^{ème} licence		38,50 € <input type="checkbox"/>	86,50 € <input type="checkbox"/>	€
ABONNEMENT REVUE		25 € <input type="checkbox"/>	25 € <input type="checkbox"/>	€
TOTAL / OPTIONS ASSURANCES + ABONNEMENT				€
ADHERENT (sans licence)				
Adhérent			20 € <input type="checkbox"/>	€
Nom du Conjoint adhérent			15 € <input type="checkbox"/>	€
Nom du Conjoint licencié			10 € <input type="checkbox"/>	€

CONSTITUTION DU DOSSIER DEMANDE DE LICENCE

Le formulaire d'adhésion rempli et signé

La notice d'assurance « Allianz » signée

Un certificat médical de moins de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition)

Un chèque à l'ordre des CyclosTouristes Mâconnais

EN ADHERANT AU CLUB DES CYCLOS TOURISTES MÂCONNAIS

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 moins 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.

Fait le : Signature obligatoire :