



NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

@mail :

Surnom sur le forum :

N° de téléphone:

Adresse postale:

Adhésion au club

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> adulte | 25 € |
| <input type="checkbox"/> enfant école VTT | 58 € |
| <input type="checkbox"/> adulte tarif réduit | 15 € |

(tarif réduit adulte à partir de la 3^{ème} cotisation dans la même famille)

En adhérant au club :

- J'accepte l'utilisation de mon image au travers de photos, films ou autres supports de communication et ayant un lien avec l'activité du club
- J'autorise la communication de mes coordonnées aux autres adhérents du club
- J'accepte que mes données personnelles soient stockées par le Secrétariat du club et communiquées aux fédérations dans lesquelles ils sont licencié
- Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et règlements intérieurs du club (disponible sur le site internet)

Choix de licence et assurance

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> FFC | voir page 2 |
| <input type="checkbox"/> FSGT adulte | voir page 3 |
| <input type="checkbox"/> FSGT enfant | voir page 3 |
| <input type="checkbox"/> FFCT adulte | voir page 5 |
| <input type="checkbox"/> FFCT enfant école | voir page 10 |

Total

Prix adhésion + licence et assurance :

€

à régler par virement, en indiquant "Adhésion_NOM_Prénom" à :

IBAN : FR76 1027 8073 2100 0203 1780 193

ou à défaut par chèque, à remettre lors d'une réunion mensuelle, à l'ordre de ECOV

Signature :

FFC



Fédération française de cyclisme

Fédération dédiée à la compétition cycliste

Licence de janvier à janvier mais disponible à partir du 15/10 en cas de 1ère licence

Licence à réaliser en ligne sur :

ffc.fr

<https://www.ffc.fr/pratiquer/se-licencier/prendre-une-licence-club/?cn-reloaded=1>

Documents à fournir:

- bulletin d'adhésion au club (page 1)
- cette page remplie
- Certificat médical avec mention « cyclisme en compétition »

Correspondant:

Prévenir par mail ou pour toute question :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Type de licence choisie :

...

Prix de la licence et de l'assurance choisie :

..... €

FSGT



Fédération sportive et gymnique du travail

Fédération multisports dont cyclisme

Fédération de loisir et de compétition

Licence de janvier à janvier

Documents à fournir:

- bulletin d'adhésion au club (page 1)
- cette page remplie
- Certificat médical avec mention « cyclisme en compétition »
- fiche de demande de catégorie remplie (page 4)

Si vous ne connaissez pas votre catégorie, elle vous sera attribuée par défaut

Correspondant:

Ces documents sont à remettre à :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Prix de la licence et de l'assurance :

adulte	49 €
enfant	33,9 €



COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES ACTIVITÉS VÉLO
DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UN TIMBRE DE CATÉGORIE POUR LES
NOUVEAUX LICENCIÉS ET MULTILICENCIÉS FSGT/FFC
SAISON 2024



82 rue SULLY 69006 LYON

<small>www.cyclisme-rhone-fsgt.fr</small>	Prénom	Né(e) le
Adresse		
Courriel		
Téléphone		
CLUB	N° de licence	

Pour les demandes Route et VTT remplir la totalité du questionnaire
 Pour les Dirigeants et Cyclotouristes indiquer seulement votre choix dans le pavé Catégorie souhaitée

Avez-vous déjà pratiqué le cyclisme en compétition		OUI	NON
Dans quelle fédération	FSGT	UFOLEP	FFC
	FFV	DUATHLON	TRIATHLON
	VTT Compétition	Autres	
Année de votre dernière licence :		2022	
Quelle était votre catégorie :			
Coureur FSGT ou UFOLEP au terme de la dernière saison votre catégorie était :			

Coureur FFC	au terme de la dernière saison votre catégorie était :		
	Nb de points :	Classement National :	
<small>Pour avoir l'autorisation de pratiquer le cyclisme FSGT en compétition un ancien licencié FFC ne doit pas avoir été classé 1ère catégorie dans les 6 années précédentes - 2ème catégorie dans les 2 années précédentes</small>			
Coureur FFC	Open 1 et 2 ne peuvent pas obtenir une licence FSGT pour le cyclisme de compétition		
	Open 3 sera classé en 1ère catégorie FSGT		
	Access 1 et 2 sera classé en 2ème catégorie FSGT		
	Access 3 et 4 sera classé en 3ème ou 4ème catégorie FSGT selon avis Commission		

Voulez-vous adhérer simultanément à une autre fédération		OUI	NON
Laquelle	UFOLEP	FFC	dans quelle catégorie
<small>J'ai pris connaissance du règlement FSGT et je m'engage à honorer la commission des activités vélo en cas de prise de licence avec catégorie dans une autre fédération</small>			
Indiquer la catégorie de valeur pour la Route dans la case libre (1, 2, 3, 4, 5) Catégorie 5 FSGT impossible pour les nouveaux licenciés de moins de 40 ans			

Catégorie souhaitée	DIR	CYCLO	VTT	ROUTE	Avis du club	Decision de la commission
---------------------	-----	-------	-----	-------	--------------	---------------------------

Attestation parentale ou des représentants légaux pour les mineurs	
Nous soussignés	autorisons notre fils - fille
A participer aux compétitions cyclistes	
A _____ le _____	Signature _____

Je certifie sur l'honneur exact les renseignements fournis ci-dessus.	
Date et Signature du demandeur	Date et Signature du responsable FSGT du club

Pour les demandes Route et VTT toutes les informations demandées doivent être obligatoirement remplies



FFCT

Fédération française de cyclotourisme (ou FFVélo)

Fédération exclusivement de loisir

Licence de janvier à janvier mais disponible à partir de septembre pour une 1ère inscription

Choix de la licence :

- jeune 18 à 25 ans à 13€
- adulte > 25 ans à 29,5€

Choix de l'assurance :

descriptif des différentes assurances dans le document page 6

- mini braquet à 20€
- petit braquet à 22€
- grand-braquet à 72€

Documents à fournir:

- bulletin d'adhésion au club (page 1)
- cette page remplie
- notice d'information AXA remplie (page 6-7-8)
- questionnaire de santé (page 9)

Correspondant:

Ces documents sont à remettre à :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Prix de la licence et de l'assurance :

	... € pour la licence
+	... € pour l'assurance
=	... € Total à reporter en page 1

RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2024



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération www.ffvelo.fr ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues www.cabinet-gomis-garrigues.fr

En choisissant votre option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
→ Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ Décès ACV/AVC ¹⁹ :				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€	
→ Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)	Non acquise	250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€	
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ Assistance dont :				
▪ Rapatriement	Non acquise	Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€	
TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 0155 92 12 94 avant toute décision de rapatriement				
→ Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :				Franchises
▪ Casque	Non acquise	80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	100€

¹⁹ Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
 - d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
 - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
 - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
 - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
 - de maladie ;
 - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4^e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365^e jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4^e jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 30€ TTC en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu)	25 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000€ ⁽¹⁾

⁽¹⁾ En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

Cotisation : 25€ ou 50€ pour capitaux ci-dessus doublés.



Amplitude Assurances
Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES



ASSISTANCE

AMPLITUDE ASSURANCES
Céline Gomis - Philippe Garrigues

17 Boulevard de Gare
31500 TOULOUSE
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

Téléphone : 05 61 52 19 19

E-mail :
contact@amplitude-assurances.fr

Site internet :
www.cabinet-gomis-garrigues.fr

LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE CYCLOTOURISME

12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail :
l.blondeau@ffvelo.fr

Site internet :
www.ffvelo.fr

AXA ASSISTANCE

Convention n° 0804137
Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24
01 55 92 12 94

II. La protection de vos données personnelles

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues – Délégué à la Protection des Données – 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.



Déclaration du licencié - Saison 2024

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 du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par 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 sportive 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 pour le mineur)



QUESTIONNAIRE SANTÉ



À compter de la saison 2024 - Ce questionnaire est strictement personnel

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles.

Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

SI RÉPONSE POSITIVE
À UNE DES QUESTIONS
SUIVANTES,
IL EST INDISPENSABLE DE
CONSULTER UN MÉDECIN
AVANT REPRISSE DE L'EN-
TRAÎNEMENT OU CYCLO-
SPORTIVE.

1 LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- > Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?
- > Avez-vous ressenti des palpitations ? Les palpitations sont une perception inhabituelle des battements cardiaques irréguliers et/ou rapides de durée brève ou plus ou moins prolongée.
- > Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?
- > Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort ?
- > Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?

EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir bien pris note de ces questions et comprends que certains symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé, et représenter potentiellement un risque vital. Je m'engage à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.



SI RÉPONSE POSITIVE À UNE
DES QUESTIONS SUIVANTES,
IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR
PRIS AVIS AUPRÈS
D'UN MÉDECIN SUR UNE
CONTRE-INDICATION OU SUR
UN BILAN PRÉALABLE À LA
PRATIQUE INTENSIVE.

2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES

- > Avez-vous repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical après 45 ans (femme) ou 35 ans (homme) pour évaluer votre risque cardiovasculaire ?
- > Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle)
- > Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements.
- > Poursuivez-vous la pratique de cyclosportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?
- > Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- > Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?
- > Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.

EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

comprendre que certains antécédents familiaux, les facteurs de risques cardiovasculaires, et certaines pathologies chroniques peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et doivent faire prendre avis auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée. De même, je comprends qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur ma pratique et ses risques.



SI RÉPONSE POSITIVE À UNE
DES QUESTIONS SUIVANTES,
IL EST RECOMMANDÉ DE
PRENDRE CONSEIL AUPRÈS
D'UN MÉDECIN SUR UNE
CONTRE-INDICATION
TEMPORAIRE ÉVENTUELLE

3 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- > Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?
- > Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?
- > Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- > Avez-vous été anorexique ? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?
- > Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?
- > Avez-vous eu un traumatisme crânien ?
- > Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.





Ecole FFCT

Fédération française de cyclotourisme (ou FFVélo)

Licence de janvier à janvier mais disponible à partir de septembre pour une 1ère inscription

Choix de l'assurance :

descriptif des différentes assurances et prix assurances et licence dans le document pages 6-7-8

- petit braquet à 0€
- grand-braquet à 50€

Documents à fournir:

- bulletin d'adhésion au club (page 1) rempli
- cette page remplie
- Autorisation parentale remplie (page 11)
- notice d'information AXA remplie (pages 6-7-8)
- Certificat médical avec mention « cyclisme en compétition » de moins de 6 mois

Autorisation trajets :

En tant que *père, mère, tuteur*, je soussigné

autorise mon enfant précité à rentrer seul à vélo après la séance.

OUI / NON

Si non, merci de venir le chercher à l'heure prévue.

Correspondant:

Ces documents sont à remettre à :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Pas d'échanges de documents lors des séances

Prix de la licence et de l'assurance :

	13 € pour la licence
+	... € pour l'assurance
=	... € Total à reporter en page 1

Signature



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

Sphère Jeunesse

AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

Nom du Club cyclotouriste : ECOV n° FFCT : 05935

Je, soussigné(e) (1)

Nom : Prénom :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Autorise (2)

Nom : Prénom :

à participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte expérimenté, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? oui non

Si oui, joindre la prescription médicale.

Je, soussigné(e) (1) :

Nom : Prénom :

Père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable de l'encadrement (3) :

Nom : DUVAL Prénom : ARNAUD

à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant le jeune (2) :

Nom : Prénom :

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à : le :

Signature,

(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

.....

- (1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,
(2) Nom, prénom de l'enfant
(3) Nom et prénom du responsable de l'encadrement du club

Sphère Jeunesse/MFD/AR/03-2012



