



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLUB

## LICENCES 2018



Renouvellement

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

\*CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

A déposer au siège du club avant le **31 décembre 2017** avec le chèque joint à l'ordre de **Cahors CycloTourisme**

### FORMULES DE LICENCES

Vélo Balade (sans CMNCI)

Vélo Rando (CMNCI CycloTourisme)

Sport (CMNCI cyclisme en Compétition)

ATTENTION !	PETIT-BRAQUET	GRAND-BRAQUET
<b>La formule « Vélo Balade » est exclusivement réservée aux accompagnants ou amateurs de randonnées pédestres « non cyclistes »</b>	Responsabilité civile-Défense et Recours Accident corporel Assurance Rapatriement Dommages au casque (80€) Dommages cardio-fréquence-mètre (100€)	Responsabilité civile - Défense et Recours Accident corporel – Ass. Rapatriement Dommages : casque (80€ - Cardio-fréquence-mètre exclusif (100€) – Vélo (1.500€ - Franchise 100€) - GPS (300€ - Franchise 30€)-Equipements vestimentaires (160€ - Franchise 30€)

**Très important avant souscription pour choisir votre option (PB ou GB) : Lire la notice d'assurance "Allianz" (Capitaux garantis)**

**Cotisation** : Entourer le code de la formule choisie et reporter le dans le formulaire ci-dessous.

Pour les **membres d'une même famille**, vous devez entourer un code par personne et additionner les tarifs correspondants.

Adhérent	Cotisation Club	Licence FFCT	Assurances		Revue	Tarifs selon option assurances		
			PB	GB		PB	Code	GB
Adulte sans revue	17,00€	27,50€	16,50€	64,50€		<b>61,00€</b>	<b>AP</b>	<b>109,00€</b>
Adulte avec revue	17,00€	27,50€	16,50€	64,50€	24,00€	<b>85,00€</b>	<b>APR</b>	<b>133,00€</b>
Jeune <25 ans sans revue	9,00€	12,00€	16,50€	64,50€		<b>37,50€</b>	<b>JP</b>	<b>85,50€</b>
Jeune <25 ans avec revue	9,00€	12,00€	16,50€	64,50€	24,00€	<b>61,50€</b>	<b>JPR</b>	<b>109,50€</b>
Ecole cyclo	23,00€	12,00€				<b>35,00€</b>	<b>ECP</b>	
Famille 2 <sup>ème</sup> adulte	9,00€	12,00€	16,50€	64,50€		<b>37,50€</b>	<b>FAP</b>	<b>85,50€</b>
Famille Enfant <25 ans	5,00€	6,50€	16,50€	64,50€		<b>28,00€</b>	<b>FJP</b>	<b>76,00€</b>

**Formulaire d'adhésion ou de renouvellement** : Le paiement se fera par chèque libellé au nom de Cahors CycloTourisme

Le chèque ainsi que les certificats médicaux éventuels pourront être remis lors de l'Assemblée Générale ou déposés à la permanence du club (Barbacane, Place Luctérius, 46000 CAHORS)

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date naissance (jj/mm/aa)</b>	<b>Code</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nom Famille 2ème adulte</b>	<b>Prénom Famille 2ème adulte</b>	<b>Date naissance (jj/mm/aa)</b>	<b>Code</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nom Famille Enfant</b>	<b>Prénom Famille Enfant</b>	<b>Date naissance (jj/mm/aa)</b>	<b>Code</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**A ne remplir qu'en cas de nouvelle adhésion ou de modifications**

Adresse :

N° Téléphone fixe :  N° Téléphone portable :

E-mail :

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription signé
- Un chèque à l'ordre de **Cahors CycloTourisme** correspondant aux options choisies
- La notice d'assurance « Allianz » signée
- Un certificat médical de moins de 12 mois à la date de la saisie de la licence (cycloTourisme ou cyclisme en compétition selon la formule)

### EN ADHÉRANT AU CLUB DE CAHORS CYCLOTOURISME

- 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**

Je fournis un certificat médical de **moins** de 12 mois à la date de la saisie de la licence (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 :