



FORMULAIRE D'ADHÉSION A.C.B

Exemplaire original à conserver au club



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

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Prénom : N° de licence : | | | | | | | |

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

Commune de naissance : Département de naissance :

☎ : ☒ :

Adresse :

Code postal : Ville :

LICENCES VELO RANDO 2022

CATEGORIE	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	48,50 € <input type="checkbox"/>	50,50 € <input type="checkbox"/>	100,50 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
JEUNES de 18-25 ans	32,00 € <input type="checkbox"/>	34,00 € <input type="checkbox"/>	84,00 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
FAMILLE					
1 ^{er} ADULTE	48,50 € <input type="checkbox"/>	50,50 € <input type="checkbox"/>	100,50 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
2 ^{ème} ADULTE	33,00 € <input type="checkbox"/>	35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
JEUNES de 18-25 ans	32,00 € <input type="checkbox"/>	34,00 € <input type="checkbox"/>	84,00 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
ABONNEMENT REVUE					
ABONNEMENT REVUE	20,00 € ** <input type="checkbox"/>		25,00 € <input type="checkbox"/>		€
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT					€

** Pour tout nouvel adhérent

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB (accompagné de votre règlement)

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'information de l'assureur signée
- Un certificat médical de moins de 12 mois à renouveler tous les 5 ans

EN ADHÉRANT AU CLUB :

- 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'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 :