

Nom : Prénom : N° licence :

Date de naissance : / / Adresse : n°: rue :

☎ : / / / CP : Ville :

☎ : / / / ✉ : @

FORMULES DE LICENCES VELO

- Balade (sans certificat médical)
 Rando (certificat Cyclotourisme)
 Sport (certificat cyclisme en Compétition)

CATEGORIE	OPTIONS ASSURANCES	PETIT BRAQUET (PB)	GRAND BRAQUET (GB)	COTISATION CLUB	TOTAL
1 ^{er} ADULTE		44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	10,00 €	€
2 ^{ème} ADULTE		28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	5,00 €	€
JEUNE moins 18 ANS		Offert	48,00 € <input type="checkbox"/>	Gratuit	€
ABONNEMENT REVUE		24,00 € <input type="checkbox"/>			€
Déduire la valeur de l'option PB si vous avez aidé à l'une de nos randonnées organisées en 2017.					_ €
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + COTISATION CLUB + ABONNEMENT - PB si c'est le cas					€

EN ADHÉRANT AU CLUB ACTF

- J'accepte les statuts et le règlement intérieur du club.
- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route.
- 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 qui m'a été remis par mon club et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques. Je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive. Mon certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme daté de 2016 au moins est donc valable.



Déclaration du licencié - Saison 2018 (A compléter obligatoirement)

Je soussigné(e) né(e) le/...../.....

Pour le mineur représentant légal de né(e) le/...../.....

Licencié de la FFCT à l'ACTF, déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT 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 FFCT,
- Avoir choisi une formule PB ou GB 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 membre
 (ou du représentant légal pour le mineur)

A régler auprès de : *(chèque à l'ordre de l'ACTF)*
 Marianne CAQUEUX – trésorière ACTF
 39 rue du Markstein 68610 LINTHAL
 06.47.55.36.92

<small>Réservé à la trésorerie</small>		
<i>Chèque</i>	<i>Espèces</i>	
		Certificat médical cyclotourisme <input type="checkbox"/>
		Certificat médical compétition <input type="checkbox"/>
		Test à l'effort <input type="checkbox"/>