



# ADHÉSION 2019 (une fiche par membre) - A conserver au club



Nom :  Prénom :  N° licence :

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

☎ :  /  /  /  /  CP :  Ville :

☎ :  /  /  /  /  ✉ :  @

## FORMULES DE LICENCES VELO

- Balade** (sans certificat médical)       **Rando** (certificat Cyclotourisme valable 3 ans)       **Sport** (certificat cyclisme en Compétition valable 1 an)

CATEGORIE		OPTIONS ASSURANCES	PETIT BRAQUET (PB)	GRAND BRAQUET (GB)	COTISATION CLUB	TOTAL
1 <sup>er</sup> ADULTE			44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	12,00 €	€
1 <sup>er</sup> ADULTE 18 – 25 ans			28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	12,00 €	€
FAMILLE	2 <sup>ème</sup> ADULTE		28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	6,00 €	€
	2 <sup>ème</sup> ADULTE 18 – 25 ans		23,00 € <input type="checkbox"/>	71,00 € <input type="checkbox"/>	6,00 €	€
	JEUNE moins 18 ANS		Offert	48,00 € <input type="checkbox"/>	Gratuit	€
ABONNEMENT REVUE (option)			25,00 € <input type="checkbox"/>			€
<b>TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + COTISATION CLUB + ABONNEMENT</b>						€

## EN ADHÉRANT AU CLUB ACTF

- J'accepte les statuts et le règlement intérieur du club et 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

### Obligatoire pour rouler avec le club, je fournis :

- un certificat médical de moins de 12 mois  
OU
- l'attestation sur l'honneur d'avoir renseigné le questionnaire santé par la négative
- la charte d'usage du pratiquant VAE



## Déclaration du licencié - Saison 2019 (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

Réservé à la trésorerie

Chèque	Espèces	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificat médical cyclotourisme <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificat médical compétition <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test à l'effort <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VAE <input type="checkbox"/>