

Bulletin adhésion 2023

Nom prénom		Né(e) le	
Adresse		Téléphone	
Email		Mobile	
		N° de licence	

Le CCB s'engage à ne pas communiquer, en dehors de la FFCT, les informations fournies dans ce bulletin d'adhésion. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

- J'autorise le CCB à utiliser mon image prise dans le cadre de ma participation aux activités de l'association pour sa communication interne ou externe, à l'exclusion de toute utilisation commerciale. Je renonce donc expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre du CCB.

Choix de la licence

- Vélo Rando** (certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclotourisme, valable 5 ans)
- Vélo Sport** (certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclisme en compétition, valable 1 an)

Choix de l'assurance et du tarif d'adhésion

	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	Adhésion (cocher le tarif retenu)	
Premier Adulte	<input type="checkbox"/> 59,50 €	<input type="checkbox"/> 61,50 €	<input type="checkbox"/> 111,50 €	Option revue cyclotourisme 28€ (23€ première adhésion)	
Deuxième adulte	<input type="checkbox"/> 44,00€	<input type="checkbox"/> 46,00 €	<input type="checkbox"/> 96,00 €	Total règlement	
Moins de 25 ans	<input type="checkbox"/> 30,00 €	<input type="checkbox"/> 32,00 €	<input type="checkbox"/> 82,00 €	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> CB	

- Je fournis un certificat médical de moins de 12 mois (première adhésion, licence Vélo Sport, dernier certificat fourni antérieur à 2019).
- 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 (questionnaire à conserver).
et 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.

Je déclare

- Avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Axa pour le compte de ses adhérents
- Avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Axa pour le compte de ses adhérents
- 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		Signature	
le			

Coordonnées bancaires du CCB

IBAN : FR76 1690 6100 2601 0116 4670 352
BIC : AGRIFRPP869 Crédit Agricole Pau Hameau