



Bulletin d'adhésion 2022

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"/> 53,50 €	<input type="checkbox"/> 55,50 €	<input type="checkbox"/> 105,50 €	Option revue cyclotourisme 25€ (20€ pour une première adhésion)	
Deuxième adulte	<input type="checkbox"/> 38,00 €	<input type="checkbox"/> 40,00 €	<input type="checkbox"/> 90,00 €	Total règlement	
Moins de 25 ans	<input type="checkbox"/> 25,00 €	<input type="checkbox"/> 27,00 €	<input type="checkbox"/> 77,00 €	Chèque <input type="checkbox"/>	Virement <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/>

- Je fournis un certificat médical de moins de 12 mois (première adhésion, licence Vélo Sport, dernier certificat fourni antérieur à 2018).
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 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 Fédération

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			

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