

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLUB CYCLO ST BENOIT

Exemplaire original à conserver au club



Renouvellement N° de licence :

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

*CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Fixe :

☎ portable :

☒ Mail (obligatoire) :

FORMULES DE LICENCES :

Vélo Balade (sans CMNCI)

Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme)

Vélo Sport (CMNCI cyclisme en

Compétition)

OPTIONS ASSURANCES CATEGORIE ↘ ↗	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	10	€
JEUNE - 18 ANS	28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	10	€
FAMILLE :				
1 ^{er} ADULTE	44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	10	€
2 ^{ème} ADULTE	28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	10	€
JEUNES DE 7 à 18 ANS	23,00 € <input type="checkbox"/>	71,00 € <input type="checkbox"/>	10	€
ABONNEMENT REVUE	24,00 €			€
TOTAL (A) + (B) + ABONNEMENT REVUE (EVENTUEL) :				€

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'assurance « Allianz » signée
- Un chèque à l'ordre de **Cyclo Saint Benoit** correspondant aux options choisies
- Un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition)

EN ADHÉRANT AU CLUB CYCLO SAINT BENOIT :

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route

• J'accepte de rétrocéder mon image au travers de photos, films ou tout autre support de communication 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 (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 :