

(Nom du Club) - LICENCE 2018 -

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____

2^{ème} membre famille : (nom, prénom, date de naissance) _____

CHOIX FORMULE DE LICENCE

Pour la pratique du cyclisme (cases à cocher) : ROUTE VTT VAE

LICENCE	Choix (case à cocher)	Certificat médical de non contre-indication	Auto-questionnaire santé
VELO BALADE	<input type="checkbox"/>	Non obligatoire	Non
VELO RANDO	<input type="checkbox"/>	Obligatoire tous les 5 ans* <u>Libellé</u> : Cyclotourisme - sport - activité physique et sportive	Oui, durant les 4 années intermédiaires (à conserver par l'adhérent)
VELO SPORT	<input type="checkbox"/>	Tous les ans <u>Libellé</u> : Cyclisme en compétition	Non

* Les certificats dont la date est antérieure au 01/01/2016 ne seront plus valables conformément au respect de la loi sur l'obligation du CMNCI .

Date du certificat médical : __ / __ / ____

Auto-questionnaire santé (uniquement formule Vélo Rando et dans les 4 années intermédiaires)	<input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur que toutes les réponses sont négatives. Signature : _____	<input type="checkbox"/> Au moins une réponse est positive <i>Dans ce cas fournir un nouveau CMNCI</i>
--	---	---

CHOIX FORMULE D'ASSURANCE

	MINI BRAQUET		PETIT BRAQUET		GRAND BRAQUET		A PAYER
	Sans revue	Avec revue	Sans revue	Avec revue	Sans revue	Avec revue	
Moins de 25 ans							
Plus de 25 ans							
Famille							
Adulte + jeune (- 25)							

- Retourner ce document **avant le 31 janvier 2018** accompagné du règlement par chèque à l'ordre du (nom du Club), à :

- Pour celles et ceux qui n'ont pas d'adresse internet, **joindre impérativement 5 enveloppes timbrées et libellées à votre adresse.**

- Pour les nouveaux adhérents et pour la formule "Vélo sport", **joindre obligatoirement un certificat médical de non contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport.** Pour la formule "Vélo rando", joindre un CMNCI que si la date de votre précédent certificat est antérieure au 01/01/2016 ou si l'auto-questionnaire santé comporte au moins une réponse positive.

Déclaration du Licencié-Saison 2018 : A retourner obligatoirement au Club

Je soussigné Né(e) le :

Pour le mineur représentant légal de Né(e) le :

Licencié de la FFCT à **CYCLOS RANDONNEURS THONONNAIS** déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la 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 cette 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 MB, PB ou GB et 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 ou des licencié(s)**