



Bulletin d'adhésion 2024 au Club Cyclotouriste de GAP

Civilité : Madame Monsieur

Nom..... Prénom Nat

Date de naissance Dép. et commune de naissance

Adresse

Code postal Ville

☎ Mail

Type de pratique : Route VTT GRAVEL - Pratiquez-vous le VAE ? OUI NON

Niveau d'assurance →	"Mini-Braquet" (Responsabilité civile + Défense-Recours)		"Petit-Braquet" ("Mini-Braquet" + Accident corporel et Rapatriement)		"Grand-Braquet" ("Petit-Braquet" + Dommages au vélo)	
	sans revue	avec revue	sans revue	avec revue	sans revue	avec revue
Adultes	49,50 €	77,50 €	51,50 €	79,50 €	101,50 €	129,50 €
Famille 2 ^{ème} adulte	34,00 €	62,00 €	36,00 €	64,00 €	86,00 €	114,00 €
Jeunes de moins de 25 ans	33,00 €	61,00 €	35,00 €	63,00 €	85,00 €	113,00 €
Jeunes moins de 18 ans	17,50 €	45,50 €	18,50 €	46,50 €	68,50 €	96,50 €

Les tarifs ci-dessus tiennent compte de la réduction de 10 € octroyée par le Club
Remise de 5 € sur la revue pour tout nouvel adhérent - Plus d'infos sur ffct.org

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ : j'ai lu attentivement celui-ci-joint à ce bulletin

J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.

J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

En adhérent au Club

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération Française de Cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion

- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.
- J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la FFCT.
- Je participe à des cyclosporatives*.

*Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition datant de moins de 12 mois.

Afin de valider mon adhésion, je signe le présent bulletin et la notice d'information de l'assureur (page suivante)

Fait à, le

Personne à joindre en cas d'accident (nom et téléphone)

Bulletin à remettre avec le règlement (chèque à l'ordre de CLUB CYCLO de GAP)
et le certificat médical (si vous souhaitez participer à des cyclosporatives) à :

Bernard HENRY – Appt C5 Les Jardins Alpains – Route de Lachaup – 05260 – ANCELLE – ☎ 06 08 74 29 59
Vous pouvez aussi transmettre par mail une photo en format PDF ou indiquer une photo de l'Album du Club, une photo d'un groupe où vous figurez convient tout à fait, nous la recadrerons pour la mettre sur votre licence

DECLARATION OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) né(e) le

Licencié(e) au **Club Cyclotouriste de GAP**

Déclare :

- Avoir pris connaissance du résumé (ci-joint) 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(e) 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 (Mini Braquet) ou PB (Petit Braquet) ou GB (Grand Braquet)
- Avoir retenu les options suivantes, indemnités journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité

OU ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à , le

Signature

.....