



# DEMANDE DE LICENCE FFCT: SAISON 2019



Renouvellement  Première adhésion (Le CMNCI (\*) de moins de 2 mois obligatoire).  
 (\*)CMNCI: Certificat Médical de Non Contre-Indication à la pratique du sport désiré.

Nom:  Prénom:  N° Licence:

Date naissance (jj/mm/aaaa):  Adresse:

Code postal:  Ville:

e-mail:

N° téléphone fixe:  N° téléphone mobile:

**DISCIPLINE:**  vélo ROUTE  vélo V.T.T.

### FORMULES DE LICENCES

Vélo RANDO (CMNCI valable 5 ans)  Vélo SPORT (CMNCI **compétition** tous les ans)

#### - MEMBRE INDIVIDUEL:

OPTIONS ASSURANCES CATEGORIES	Cotisation PETIT BRAQUET ( A )	Cotisation GRAND BRAQUET ( B )	A Régler ( A ou B ) -----> ( C1 )
- Adulte -----	66,50 € <input type="checkbox"/>	114,50 € <input type="checkbox"/>	_____ €
- Etudiant / Demandeur d'Emploi -----	46,50 € <input type="checkbox"/>	94,50 € <input type="checkbox"/>	_____ €

#### - FAMILLE: (Membres d'un même foyer à la même adresse)

OPTIONS ASSURANCES CATEGORIES	Cotisation PETIT BRAQUET ( A' )	Cotisation GRAND BRAQUET ( B' )	A Régler ( A'ou B' ) -----> ( C2 )
- 1er Adulte -----	66,50 € <input type="checkbox"/>	114,50 € <input type="checkbox"/>	_____ €
- 2ème Adulte -----	51,00 € <input type="checkbox"/>	99,00 € <input type="checkbox"/>	_____ €

#### - OPTION COMPLEMENTAIRE (Revue): facultatif

- Abonnement REVUE 18,00 €  Nouvel Adhèrent (C3) 24,00 €  Autre Adhèrent (C3)

- ADHERENT LICENCIE AUTRE CLUB (fournir photocopie de la licence en cours de validité): (C4)  25,00 €

TOTAL à REGLER: Option Assurance : ( C1 ) ou ( C2 ) + ( C3 ) + ( C4 ) \_\_\_\_\_ €

Fait le ..... Signature obligatoire:

## INSCRIPTIONS A REMETTRE AVANT LE: 15 DECEMBRE 2018

### Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT

#### - Pratique "Vélo RANDO"

Je fournis un certificat médical de moins de 2 mois: (1ère année du quinquennat).

#### OU

(de la 2ème à la 5ème années du quinquennat).

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: (à ne pas joindre, ce document reste en votre possession).

J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

#### - Pratique "Vélo SPORT" (compétition).

Je fournis un certificat médical de moins de 2 mois: (obligatoire tous les ans).

- Le présent bulletin d'inscription signé.

- Chèque bancaire à l'ordre de l'ASA: (pas de paiement par chèques vacances).

- La notice d'assurance "Allianz" signée.

- La Charte de l'Adhérent: (j'en ai pris connaissance et en accepte les termes).

(signature obligatoire)

ASA TINQUEUX

**INSCRIPTIONS A REMETTRE AVANT LE : 15 décembre 2018**  
 ( Les chèques ne seront remis à l'encaissement qu'en janvier 2019)

à: Patrice BERTHAUT

16 rue le Poirier le Prêtre  
 51500 CHAMPFLEURY  
 tél: 06 64 97 04 47

Responsable CYCLO:

Stéphane LACAILLE tél: 06 87 85 16 68

Responsable VTT:

Pierre RUDOWSKI tél: 06 88 36 88 03

Pour toutes questions ou problèmes:

Patrick FIEVEZ tél: 06 01 39 32 00

e-mail: asatinqueux@yahoo.fr

#### Vos compléments d'information et observations éventuels: