**Montailloux VTT Club – Bulletin d’ADHESION 2020   
Non pratiquant uniquement**

|  |  |
| --- | --- |
| Catégorie | Adulte 🞎, 25-18 ans 🞎, 2ème adulte (famille) 🞎, 25-18 ans (famille) 🞎 |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse |  |
| N° de tél. fixe |  |
| N° de tél. port. |  |
| Adresse e-mail |  |

1er adulte (famille uniquement) : Nom :…………………………. Prénom : …………………………………….  
 **Adhésion Club**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Choix | Catégorie | A payer |
| 🞎 | Adulte | 25 € |
| 🞎 | 25- 18 ans | 22,50 € |
| 🞎 | 2ème adulte (famille) | 19,5 € |
| 🞎 | 25- 18 ans (famille) | 15 € |

Payé ………..….. € par chèque ❑ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Liquide ❑

**Montailloux VTT Club – Bulletin d’ADHESION/LICENCE 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Catégorie | Adulte 🞎, 25-18 ans 🞎, 2ème adulte (famille) 🞎, 25-18 ans (famille) 🞎 |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse |  |
| N° de tél. fixe |  |
| N° de tél. port. |  |
| Adresse e-mail |  |
| N° de licence |  |

1er adulte (famille uniquement) : Nom :…………………………. Prénom : ……………………………………….  
 **CHOIX FORMULE DE LICENCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LICENCE | Choix | Certificat médical de non contre-indication | Auto-questionnaire  santé Cerfa N°15699\*01 |
| VELO BALADE | 🞎 | Non obligatoire | Non |
| VELO RANDO | 🞎 | Obligatoire tous les 5 ans ou à la première adhésion (1) | Oui, durant les 4 années intermédiaires(2) |
| VELO SPORT | 🞎 | Tous les ans | Non |

1. Pour la première prise de licence certificat médical (CM) de moins de 12 mois.   
     
   🞎 J'atteste sur l’honneur avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par mon club (à conserver par l’adhérent).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(2)  Auto-questionnaire santé** (uniquement formule Vélo Rando) | J'atteste sur l'honneur que toutes les réponses du questionnaire de santé sont négatives | Au moins une réponse est positive |
| Signature : | *Dans ce cas je fourni un nouveau CMNCI* |

**Date du certificat médical :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**Adhésion club + Licence FFCT + Assurance au choix**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Choix | Catégorie | Adhésion | Licence | Assurance | A payer |
| Petit braquet | 🞎 | Adulte | 25 € | 28,50 € | 16,50 € | 70 € |
|  | 🞎 | 25 - 18 ans | 22,50 € | 12 € | 16,50 € | 51 € |
|  | 🞎 | 2ème adulte (famille) | 19,5 € | 13,00 € | 16,50 € | 49 € |
|  | 🞎 | 25 - 18 ans (famille) | 15 € | 6,50 € | 16,50 € | 38 € |
| Grand braquet | 🞎 | Adulte | 25 € | 28,50 € | 64,50 € | 118 € |
|  | 🞎 | 25 - 18 ans | 22,50 € | 12 € | 64,50 € | 99 € |
|  | 🞎 | 2ème adulte (famille) | 19,50 € | 13,00 € | 64,50 € | 97 € |
|  | 🞎 | 25- 18 ans (famille) | 15 € | 6,50 € | 64,50 € | 86 € |

Payé ………..….. € par chèque ❑ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Liquide ❑

- Pour les nouveaux adhérents et pour la formule "Vélo sport", **un certificat** **médical de non contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport est obligatoire.** Pour la formule "Vélo rando", un CMNCI est obligatoire si votre précédent certificat a plus de 5 ans ou si l'auto-questionnaire santé comporte au moins une réponse positive.

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Déclaration du Licencié-Saison 2020**

Je soussigné ……………………………………………….………………………..…. Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**Pour le mineur** représentant légal de ………………..………………….…Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Licencié de la FFCT à **MONTAILLOUX VTT Club** 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)**