



**Cyclo Club
Briec Pays Glazik**
Formulaire d'adhésion 2018



- Renouvellement Première adhésion (Le CMNCI* est obligatoire sauf pour la formule Vélo Balade)
 CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

Nom : Prénom : N° de licence :
 Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Adresse :
 Code postal Ville
 ☎ : ✉ :

FORMULES DE LICENCES

- Vélo Balade (sans CMNCI) Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme) Vélo Sport (CMNCI cyclisme en Compétition)

OPTIONS ASSURANCES CATEGORIE	MINI BRAQUET	PETIT BRAQUET	GRAND BRAQUET	ABONNEMENT REVUE	TOTAL
ADULTE	45,00 € <input type="checkbox"/>	46,00 € <input type="checkbox"/>	95,00 € <input type="checkbox"/>	24,00 €	€
JEUNE – 18 ANS	28,00 € <input type="checkbox"/>	30,00 € <input type="checkbox"/>	80,00 € <input type="checkbox"/>	18,00 € pour tout nouvel adhérent	€

FAMILLE					
1 ^{er} ADULTE	45,00 € <input type="checkbox"/>	46,00 € <input type="checkbox"/>	95,00 € <input type="checkbox"/>		€
2 ^{ème} ADULTE	28,00 € <input type="checkbox"/>	30,00 € <input type="checkbox"/>	80,00 € <input type="checkbox"/>		€
JEUNES DE 7 à 18 ANS	24,00 € <input type="checkbox"/>	25,00 € <input type="checkbox"/>	75,00 € <input type="checkbox"/>		€

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

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

EN ADHÉRANT AU CLUB DE ...

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion
- Droit à l'image : **OUI** **NON**
- J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : **OUI** **NON**

Je fournis un certificat médical de - 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 :