



LICENCE FFVélo 2025

A retourner par mail afvelocouche@gmail.com ou par courrier 24 allée des narcisses 69780 TOUSSIEU



LICENCE MINEUR

Renouvellement de licence : N°

Première adhésion :

Civilité : Madame Monsieur

NOM :

Prénom :

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

F :

M :

Lieu de naissance commune et département :

Adresse :

Ville :

Code postal :

E-mail :

Tél :

Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	Revue
		TOTAL	

Compléter ce tableau en suivant la grille des tarifs « CLUB » pour la saison 2025

Je soussigné (e) :

Né(e) le :

Pour les mineurs représentant légal de :

Né(e) le :

N° de licence :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ :

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles :

Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données

Le questionnaire de santé est strictement personnel, il est à télécharger sur le site de l'AFV.

Pour les mineurs (voir questionnaire et attestation sur le site)

Je fournis un certificat médical de moins de 6 mois (cyclotourisme).

Ou

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-JEUNES) 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 à :

Le

Signature (obligatoire) signature du licencié (e) ou du représentant légal pour les mineurs

L'ASSURANCE

Le document se trouve sur le site. Notice d'information sur le site à lire avant de signer.

Déclaration du licencié – Saison 2025

Si vous souhaitez contracter une assurance complémentaire le document se trouve sur le site ASSURANCE EN + A retourner obligatoirement au club.

Je soussigné (e)

Né(e) le

Pour le mineur représentant légal de :

Né(e) le

Licencié(e) de la FFVélo à L'ASSOCIATION FRANCAISE DE VELOCOCUCHE

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé 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 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 M B PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité journalière forfaitaire Complément décès / Invalidité.
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée.

En adhérant, je m'engage à respecter le code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de cyclotourisme et les informations de ce dossier d'adhésion.

J'accepte de recevoir les mails et les informations de la fédération et de ses structures

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération

Je participe à des cyclosportives. 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

Fait à :

Le

Signature (obligatoire) du licencié souscripteur (ou de son représentant légal pour le mineur)