



FEDERATION FRANCAISE  
DE CYCLOTOURISME

# Union Vélocipédique Argenteuillaise



## BULLETIN D'ADHÉSION (Saison 2023)

Renouvellement

N° Licence :

Première adhésion (Le Certificat Médical de Non-Contre-Indication est obligatoire)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de Naissance : ..... Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance (Ville - Département – Pays) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Nationalité : .....

Tel : ..... Courriel : .....

### FORMULES DE LICENCES

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

		Assurance	Petit Braquet	Grand Braquet	
<b>Solo</b>	Adulte		85 €	135 €	
	Jeune (18 à 25 ans)		65 €	115 €	
Ecole Française de Vélo (de 9 à 18 ans) → voir bulletin spécifique			60 €	110 €	
<b>Famille</b>	1 <sup>er</sup> Adulte		85 €	135 €	
	2 <sup>ème</sup> adulte (conjoint - concubin)		65 €	115 €	
	Jeune (18 à 25 ans)		65 €	115 €	
Abonnement revue « Cyclotourisme »			20 € * ou 25 €		
Membre amis :			10 €		
A régler par <u>chèque</u> à l'ordre de « UV Argenteuil », <u>Virement</u> ou <u>Coupons Sport (ANCV)</u>				<b>Total</b>	

(\*) Pour tout nouvel adhérent

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'assurance « Allianz » signée
- Le paiement correspondant aux options choisies
- Un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition) sauf licence Vélo Balade

### EN ADHÉRANT AU CLUB DE L'UNION VELOCIPEDIQUE ARGENTEUILLAISE

- 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 :

Réservé administratif :

Tourner SVP

Date licence	Banque	Chèque n°	Part FFCT

