FEDERATION FRANCAISE DE CYCLOTOURISME

ÉCOLE FRANÇAISE DE VÉLO

Bulletin d'inscription de 9 à 18 ans

2023-2024

www.uvargenteuil.fr
uva.cyclo95@gmail.com
UVA
Espace Nelson Mandela, 82 bd du Général Leclerc Moniteur :
95100 Argenteuil

Responsables de la section:

Serafino LO SASSO : 06.07.04.02.20
Jean-Pierre DELAFORGE : 06.81.82.30.73

Inscription de l'enfant : **VTT et/ou Vélo ROUTE**

Nom :.....**Prénom** :..... **N° Licence :**

Date de naissance :..... N° portable de l'enfant :.....

Mail de l'enfant (en LETTRE CAPITALE) :.....

Responsable de l'enfant :

Nom :.....**Prénom**.....

Adresse :.....

Code postal:.....Ville :.....

Portable Mère : …….....Portable Père : .....

Mail (en LETTRE CAPITALE) :.....

Dossier d'Inscription : à remettre à l'un des responsables de la section.

- Prix de l'adhésion annuelle : par chèque à l'ordre de UVA, par virement ou par Coupon sport ANCV
  - **60 € sans assurance du vélo : Assurance Petit Braquet (PB)**
  - **110 € avec assurance du vélo : Assurance Grand Braquet (GB)**
- En option, un maillot UVA à 33 € à réserver
- La feuille médicale de liaison au verso
- La notice d'information du licencié signée
- Une photo d'identité (pour 1ere adhésion) à envoyer par mail

Autorisations (cocher la case)

J'autorise les animateurs du club à prendre des photos de mon enfant durant les sorties

Oui ☐ **Non** ☐

Pour les 13 ans et plus:
J'autorise mon enfant **à venir et à rentrer par ses propres moyens** entre mon domicile et la salle Rino Della Negra, point de départ de l'entrainement pour le Vélo-école.

Oui ☐ **Non** ☐

En signant ce document, vous acceptez aussi la charte de notre Ecole qui est jointe à cette fiche d'inscription.

Signature de l'enfant **Signature du parent**

Fiche médicale de liaison

○ **Nouveau** ○ **Renouvellement**

Nom du licencié :		**Nom du responsable :**	
Adresse :		**Adresse:**	
Code postal et ville :		**Portable responsable:**	
Portable enfant :		**Autre personne à prévenir en cas d'urgence**	
Date de naissance :		**Téléphone :**	
		Lien avec l'enfant	

○ **Garçon**

○ **Fille**

Médecin traitant :

Nom : ….....

Téléphone : ….....

Votre enfant est-il vacciné contre le Tétanos?

○ **oui** ○ **non**

Allergies:

○ **Asthme**

○ **Alimentaires**

○ **Médicamenteuses**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives) en indiquant les précautions à prendre

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...?

Je soussigné, ...
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise le responsable du club, à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitements médicales, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Date : **SIGNATURE :**

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet
→ **Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours**	Acquise	Acquise	Acquise
→ **Décès accidentel**	Non acquise	5 000€	15 000€
→ **Décès ACV/AVC[1] :**			
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€
→ **Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%**	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%
→ **Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :**	Non acquise	3 000€	3 000€
Prothèse dentaire :			
▪ par dent (maxi 4)		250€	250€
▪ bris de prothèse		500€	500€
Lunette :			
▪ par verre		120€	120€
▪ par monture		200€	200€
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€
→ **Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive**	Non acquise	3 000€	3 000€
→ **Assistance dont :**	Non acquise		
▪ Rapatriement		Frais réels	Frais réels
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€
TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement			
→ **Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :**	Non acquise		Franchises
▪ Casque		80€	80€ / Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€ / Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€ / 30€
▪ GPS		Non acquise	300€ / 30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€ / 100€

Déclaration du licencié - Saison 2024

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____

Pour le mineur représentant légal de _____ né(e) le _____

Licencié de la Fédération à (nom du Club) _____

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 MB ☐ PB ☐ ou GB ☐ et les options suivantes :

  Indemnité Journalière ☐ forfaitaire Complément Décès/Invalidité ☐

  Ne retenir aucune option complémentaire proposée ☐

Fait à _____ le _____

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