

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION 2019

RENOUVELLEMENT <small>(cocher avec X)</small>	<input type="checkbox"/>	Le CMNCI est obligatoire pour le renouvellement de la licence VELO SPORT, les nouveaux et ceux qui n'ont pas répondu NON à toutes les questions du QS-SANTÉ (cerfa 15699*01)
PREMIERE ADHESION <small>(cocher avec X)</small>	<input type="checkbox"/>	

NOM : Prénom : N° Licence :

Adresse :

CODE POSTAL : VILLE : Tél :

E mail : Date de naissance :

A - CHOISISSEZ VOTRE LICENCE (cochez la case)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	choix	<input type="checkbox"/>
V.T.T	VELO BALADE (sans CMNCI, <i>en cas de renouvellement</i>) VELO RANDO (CMNCI Cyclotourisme) VELO SPORT (CMNCI Cyclisme ou triathlon en compétition)		V.A.E

Tarifs "Licence + Assurance"	Mini-Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	Votre Choix
ADULTES	42,00 €	44,00 €	92,00 €	
JEUNES - 18 ANS		12,00 €	60,00 €	
JEUNES (18 ANS-25ANS)	26,50 €	28,50 €	76,50 €	

FAMILLE				
Famille 1° adulte (Bulletin séparé)	42,00 €	44,00 €	92,00 €	
Famille 2° adulte (Bulletin séparé)	26,50 €	28,50 €	76,50 €	
Jeunes(18 ANS-25ANS) (Bulletin séparé)	21,00 €	23,00 €	71,00 €	
Jeunes (-18 ANS) (Bulletin séparé)		6,50 €	54,50 €	

< 7 ans : la FFCT offre licence et assurance (sauf l'assurance Grand Braquet au tarif de 48€)

REVUE	25,00 €	Total A =
--------------	----------------	------------------

POUR VOTRE ASSURANCE (obligatoire) ; 3 formules (voir les documents ALLIANZ, sur le site)

B - ADHESION / TENUE-CLUB (tarif nouvel adhérent)

Adhésion pour les anciens (renouvellement)	5,00 €	
Adhésion + Tenue (pour les nouveaux adhérents)	50,00 €	
MOINS DE 7 ANS	Adhésion Gratuite / Tenue 45€	

Total B =

VOTRE TOTAL A+B

Je m'engage à respecter scrupuleusement le code de la route, les statuts du CCVSP et les informations de ce bulletin.

J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du CCVSP

OUI = NON =

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire santé (QS-SANTE cerfa 15699*01), avoir

répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire santé, reconnais

expressément que les réponses apportées relèvent de **ma responsabilité exclusive** OUI =

Fait le =

Signature obligatoire =