



## DEMANDE DE LICENCE

### Saison septembre 2024 - décembre 2025

Première adhésion (CMNCI obligatoire)

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le.../.../..... à: .....

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

Téléphone : ..... Adresse courriel : .....

Abonnement revue :  NON  OUI

#### Pratique

ROUTE  VTT  LES DEUX

#### Formule de licence

Vélo Rando (CMNCI Cyclo ou VTT hors Compétition)  Vélo Sport (CMNCI Compétition)

#### Type d'assurance

Petit Braquet  Grand Braquet

**Je fournis un certificat médical de moins de 12 mois (Loisirs ou Compétition)**

#### Inscriptions à retourner au secrétariat du club :

Courriel : [aspianmedocyclo@gmail.com](mailto:aspianmedocyclo@gmail.com)

Adresse Secrétaire: DANRE Geneviève - 509 Allées de Sénéjac - 33290 Le Pian Medoc

J'autorise le Club à publier des images d'activités me concernant sur les supports de communication tels que groupe whatsapp, compte Facebook et site internet du club cyclo, publications FFVELO ou presse.

Je n'ai pas souscrit de licence FFVELO ou FFCT dans les 5 années précédentes et peux bénéficier du renouvellement gratuit en janvier 2025 de la licence pour l'année 2025.

Date .....

Signature

TSVP



## Nouvelle adhésion pour la période de septembre 2024 à décembre 2025 avec assurance « petit braquet » :

Personne seule : 68,50€

Couple : 114,00€ (68,50€ + 45,50€)

Chèque à l'ordre de : ASPM Cyclo-VTT

### Garanties assurances

	<b>Petit Braquet</b>	<b>Grand Braquet</b>
Responsabilité civile	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
Recours et défense pénale	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
Accident corporel	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
Assurance rapatriement	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
Dommages au casque	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
Dommages au cardio-fréquencemètre ( <i>seuls sont garantis les modèles de base à fonction unique</i> )	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
Dommages au vélo	NON	<b>OUI</b>
Dommages au GPS ( <i>Les smartphones avec fonction GPS sont exclus de la garantie</i> )	NON	<b>OUI</b>
Dommages aux équipements vestimentaires	NON	<b>OUI</b>

### Déclaration du licencié - Saison 2024-2025

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

Je soussigné(e) .....né(e) le .....  
représentant légal de .....(pour un mineur )

Licencié de la Fédération à (nom du Club) ASPIANMEDOC CYCLO, 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(e) 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)