

# CYCLOS DE MOIRANS INSCRIPTION 2022

NOM & PRENOM			
ADRESSE			
ADRESSE suite			
DATE NAISSANCE		Date et mode de règlement	
N° DE TELEPHONE			
N° DE PORTABLE			
MAIL			

## Assurance "Petit Braquet" Droits d'entrée au Club (20€) OFFERTS

Responsabilité civile 24H/24 - Défense recours, accident corporel, rapatriement, dommages aux équipements ( casque et cardio )

	ADULTE		FAMILLE			
	Sans revue	Avec revue	1er adulte		2 <sup>ème</sup> adulte	Jeune 7-18 ans
			Sans revue	Avec revue		
<b>Montant cotisation</b>	<b>50,50</b>	<b>75,50</b>	<b>50,50</b>	<b>75,50</b>	<b>35,00</b>	<b>34,00</b>

## Cocher la case choisie

## Assurance "Grand Braquet" Droits d'entrée au Club (20€) OFFERTS

Petit Braquet avec en plus capitaux triplés, décès, cardio vasculaire et en plus dommages à la bicyclette

<b>Montant cotisation</b>	<b>100,50</b>	<b>125,50</b>	<b>100,50</b>	<b>125,50</b>	<b>85,00</b>	<b>84,50</b>
---------------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	--------------	--------------

## Cocher la case choisie

### Pour les nouveaux adhérents prévoir 20€ de + pour adhésion au CLUB

Formule	Pratique associée	Certificat médical
Velo Ballade	Pratique douce - Participation évènements FFCT - Bénéfice de l'assurance	Non nécessaire
Velo Rando	Pratique régulière pour rouler sur toutes distances - donne accès à toutes les manifestations FFCT	Standard Tous les 3 ou 5 ans en régime standard
Velo Sport	Velo Rando + possibilité de participer à des cyclosporives ( hors FFCT )	Compétition Tous les ans

Renouvellement certificat médical - si **CERFA OK**  
 Hommes - de 60 ans tous les 5 ans sinon tous les 3 ans  
 Femmes - de 70 ans tous les 5 ans sinon tous les 3 ans

### ATTESTATION QS sport

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] .....,  
 atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.  
 Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] .....,  
 en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]..... ,  
 atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.  
 Date et signature du représentant légal.