



## Cyclos et Randonneurs de la Cité de Etangs – C.R.C.E.

<b>Cochez la/les discipline(s)</b>	Route	<input type="checkbox"/>	VTT	<input type="checkbox"/>	VAE-VTTAE	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------	-----------	--------------------------

- Renouvellement (Indiquez uniquement votre nom/prénom et toutes les modifications vous concernant)
- Première adhésion (**Le CMNCI\* est obligatoire sauf pour la formule Vélo Balade**)

\*CMNCI : Certificat médical de non contre-indication

Nom :  Prénom :  N° de licence :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :  Adresse :

Code postal  Ville

☎ :  ✉ :

### FORMULES DE LICENCES

- Vélo Balade (sans CMNCI)       Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme)       Vélo Sport (CMNCI

cyclisme en Compétition)

CATEGORIE \ ASSURANCES	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)
ADULTE	56,00 € <input type="checkbox"/>	104,00€ <input type="checkbox"/>
1 <sup>er</sup> ADULTE	56,00 € <input type="checkbox"/>	104,00 € <input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> ADULTE	40,50 € <input type="checkbox"/>	88,50 € <input type="checkbox"/>

Option revue fédérale : +25€

**\*\*Pour tout nouvel adhérent**

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription **signé**
- La notice d'assurance « Allianz » **signée**
- Un chèque à l'ordre de **C.R.C.E.** correspondant aux options choisies
- Un certificat médical (cyclotourisme ou cyclisme en compétition) pour une 1ère adhésion

### EN ADHÉRANT AU CLUB DE ROSPORDEN

• 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 obligatoire :