

ESVD Section Cyclo : Ré-Affiliation ou Affiliation 2018

ADULTE ou FAMILLE 1^{ER} ADULTE

Vélo balade Vélo rando Vélo sport

N° de Licence (Ré-affiliation) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de Naissance :

☎ : 📠 : ✉ :

Catégorie	Cotisation FFCT	Cotisation ESVD	Cotisation Club	Mini Braquet			Petit Braquet			Grand Braquet		
				Assurance	Total	<input type="checkbox"/>	Assurance	Total	<input type="checkbox"/>	Assurance	Total	<input type="checkbox"/>
Adulte ou Famille 1 ^{er} Adulte	27,50 €	1,30 €	11,70 €	14,50 €	55,00 €	<input type="checkbox"/>	16,50 €	57,00 €	<input type="checkbox"/>	64,50	105,00 €	<input type="checkbox"/>
Jeunes < 25ans	12,00 €	1,30 €	10,20 €	14,50 €	38,00 €	<input type="checkbox"/>	16,50 €	40,00 €	<input type="checkbox"/>	64,50	88,00 €	<input type="checkbox"/>

FAMILLE

Vélo balade Vélo rando Vélo sport

N° de Licence (Ré-affiliation) :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

☎ : 📠 : ✉ :

Catégorie	Cotisation FFCT	Cotisation ESVD	Cotisation Club	Mini Braquet			Petit Braquet			Grand Braquet		
				Assurance	Total	<input type="checkbox"/>	Assurance	Total	<input type="checkbox"/>	Assurance	Total	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} Adulte	12,00 €	1,30 €	10,20 €	14,50 €	38,00 €	<input type="checkbox"/>	16,50 €	40,00 €	<input type="checkbox"/>	64,50	88,00 €	<input type="checkbox"/>
Jeunes < 18 ans	6,50 €	0	0	14,50 €	21,00 €	<input type="checkbox"/>	16,50 €	23,00 €	<input type="checkbox"/>	64,50	71,00 €	<input type="checkbox"/>
Jeunes de < 7 ans	GRATUIT											

Sympathisant :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Tarif : 13,00 € **Total : €**

Revue : 24,00 € : OUI NON

Adhésion FFCC/FFIC : Familiale 24.60€ Individuelle 20.40€ **Total : €**

Total : €

Chèque libellé ESVD Cyclo

Participation semaine fédérale : 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 :