

ESVD Section Cyclo: Ré-Affiliation ou Affiliation 2023

Le Certificat Médical de Non Contre Indication (CMNCI) est OBLIGATOIRE pour une première adhésion sauf pour la formule vélo balade

ADULTE ou FAMILLE 1^{er} Adulte:

Vélo ballade (sans CM)

Vélo Rando (CM<5 ans ou QS)

Vélo sport (avec CM)

N° de licence (Ré-affiliation) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Dépt :

Fixe :

Portable :

Mel :

Catégorie	Cotisation FFCT	Cotisation ESVD	Cotisation Club	Mini Braquet		Petit Braquet		Grand Braquet	
				Assurance	Total	Assurance	Total	Assurance	Total
Adulte ou Famille 1er Adulte	29,50 €	1,30 €	12,20 €	20,00 €		22,00 €		72,00 €	
Jeunes (-18 ans)	13,00 €	OFFERTE	OFFERTE	20,00 €		22,00 €		72,00 €	
Jeunes (18-25ans)	13,00 €	1,30 €	12,20 €	20,00 €		22,00 €		72,00 €	

FAMILLE 2^{ème} ADULTE

Vélo ballade (sans CM)

Vélo Rando (CM<5 ans ou QS)

Vélo sport (avec CM)

N° de licence (Ré-affiliation) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Dépt :

Fixe :

Portable :

Mel :

Catégorie	Cotisation FFCT	Cotisation ESVD	Cotisation Club	Mini Braquet		Petit Braquet		Grand Braquet	
				Assurance	Total	Assurance	Total	Assurance	Total
2ème Adulte	14,00 €	1,30 €	10,70 €	20,00 €		22,00 €		72,00	
Jeunes (18-25ans)	13,00 €	1,30 €	10,70 €	20,00 €		22,00 €		72,00	
Jeunes (-18 ans)	7,50 €	OFFERTE	OFFERTE	10,00 €		11,00 €		61,00 €	
Jeunes de ≤ 6 ans			GRATUIT					50,00 €	

Revue : 28,00 €

Non

Oui

TOTAL

Nb Membres Symphatisants

(Chèque libellé à l'ordre d'ESVD CYCLO)

EN ADHÉRANT AU CLUB DE L'ESVD Cyclo

• J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : OUI NON *

• 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

Je fournis un certificat médical 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.

* Rayer l'option non désirée

Mettre 1 dans l'option désirée

..... remplir avec vos coordonnées

Fait le :

Signature

*	*
Oui	Non
Oui	Non