

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Au Cyclo Club Mayennais (CCM)

A compléter par l'adhérent et à remettre au club



- Renouvellement
 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 :	
Lieu naissance :	Code postal :	Ville :
✉ :	✉ :	

FORMULES DE LICENCES

- Vélo Balade (sans CMNCI) Vélo Rando (CMNCI Cyclotourisme) Vélo Sport (CMNCI cyclisme en Compétition)

CATEGORIES	OPTIONS ASSURANCES	
	PETIT BRAQUET	GRAND BRAQUET
ADULTE	<input type="checkbox"/> 59,00 €	<input type="checkbox"/> 109,00 €
JEUNE de 18 à 25 ANS	<input type="checkbox"/> 38,00 €	<input type="checkbox"/> 88,00 €
2 ^{ème} ADULTE	<input type="checkbox"/> 43,00 €	<input type="checkbox"/> 93,00 €

ABONNEMENT REVUE	25,00 € <input type="checkbox"/>
------------------	----------------------------------

cocher la case que vous avez choisie

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

- 1 • Le présent bulletin d'inscription signé
- 2 • La notice d'assurance « Axa » datée et signée
- 3 • Un chèque à l'ordre du cyclo club Mayennais correspondant aux options choisies
- 4 • Un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition).
- 5 • Renouvellement : Pour les adhérents ayant choisi la licence « Vélo Rando » et qui souhaitent maintenir cette option en 2022, votre certificat médical est valable 5 ans, à partir de l'année de délivrance, et 3 ans pour la licence « Vélo sport » ne pas oublier de cocher la case « J'atteste sur l'honneur....).
→ Pour les nouveaux licenciés le certificat médical est obligatoire.

EN ADHÉRANT AU CYCLO CLUB Mayennais

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route
- Je m'engage à respecter les consignes écrites et verbales des organisateurs de sorties hebdomadaires du CCM ou de manifestations de cyclotourisme

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.

Personne à prévenir en cas d'accident : tél :

Fait le à Signature obligatoire :

Dossier complet à remettre ou à adresser par voie postale à : Christian SEVIN 34 rue saint Eloi 53440 ARON