

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 :

Téléphone : Email :

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