



FORMULE D'INSCRIPTION
Au Cyclo-club Mayennais (CCM)
A compléter par l'adhérent et à remettre au club

- ☐ Renouvellement
☐ Première adhésion

TYPE DE PRATIQUE : Route ☐ VTT ☐ GRAVEL ☐ Pratiquez-vous le VAE : Oui ☐ Non ☐

Nom : Prénom : N° de licence :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Adresse :
Lieu naissance : Code postal : Ville :
Téléphone : Email :

FORMULES DE LICENCES

CATEGORIES	PETIT BRAQUET	GRAND BRAQUET
ADULTE	<input type="checkbox"/> 66,00€	<input type="checkbox"/> 116,00€
JEUNE de 18 à 25 ans	<input type="checkbox"/> 49,00€	<input type="checkbox"/> 99,00€
FAMILLE		
2 ^{ème} ADULTE	<input type="checkbox"/> 50,00€	<input type="checkbox"/> 100,00€
JEUNE de 18 à 25 ans	<input type="checkbox"/> 49,00€	<input type="checkbox"/> 99,00€
JEUNE de 14 à 18 ans	<input type="checkbox"/> 31,00€	<input type="checkbox"/> 81,00€
ABONNEMENT REVUE	<input type="checkbox"/> 32,00€	<input type="checkbox"/> 32,00€

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 « **aiac** » datée et signée (page 26)
- 3 • Un chèque à l'ordre du cyclo-club Mayennais correspondant aux options choisies

EN ADHÉRANT AU CYCLO-CLUB Mayennais

- ☐ Je m'engage à respecter toute la réglementation de l'assurance de la fédération (voir documents) ainsi que 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

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

☐ J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.

J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

Pour les jeunes de moins de 18 ans :

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-JEUNES) 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.

- ☐ J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.
- ☐ J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.
- ☐ Je participe à des cyclosportives*.

*Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition datant de moins de 12 mois.

Personne à prévenir en cas d'accident : tél :

Fait le à Signature obligatoire:

Dossier complet à remettre ou à adresser à : Christophe Leprevost 21, rue l'Ecottay 53100 MOULAY

Ou : sur le site internet CCM (onglet Adhésion)