



AMICALE CYCLO SAINT AUBINOISE
DEMANDE DE LICENCE FFCT 2026



NOM :

Prénom :

Adresse : - Date naissance :

Mail : Tél :

Cotisation Adulte : 72,00 € (Adhésion Amicale + Licence + Assurance Petit braquet)

Eventuellement : Options facultatives

- **Formule GRAND BRAQUET : 121,00 € €** (voir les garanties sur notice)
- Indemnités journalières, invalidité, décès, dégâts et vol vélo = (voir conditions sur notice et annexe)

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

EN ADHÉRANT AU CLUB : (Cocher si d'accord ou rayer si désaccord sur propositions suivantes)

- ga O Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la FFCT et de mon club.
J' O J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.
J'ac O J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la on.

Fait le

Signature du licencié :

Demande à retourner au Club **AVANT LE 31 DEC 2024** (IDEALEMENT LE JOUR DE L'A.G)

ACCOMPAGNEE DE : CHEQUE à l'ordre de l'Amicale cyclo, ou par virement :

Déclaration du licencié - Saison 2026

À retourner obligatoirement au Club

Je soussigné(e) : _____
né(e) le : ____ / ____ / ____

Licencié(e) de la Fédération à : AMICALE CYCLOTOURISTE SAINT AUBINOISE - NR FEDERAL 05892

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Areas et Europ Assistance pour le compte de ses adhérents ;
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité, Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération ;
- Avoir choisi la formule : MB PB GB
et les options suivantes :
- Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

Signature du licencié souscripteur

