

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU RCVO

Exemplaire original à conserver 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 :

Code postal Ville

☎ : ✉ :

FORMULES DE LICENCES

Vélo Balade (sans CMNCI)

Vélo Rando (CMNCI VTT)

Vélo Sport (CMNCI VTT en Compétition)

OPTIONS ASSURANCES	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	42,00 € <input type="checkbox"/>	44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
JEUNE – 18 ANS	26,50 € <input type="checkbox"/>	28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€

FAMILLE					
1 ^{er} ADULTE	42,00 € <input type="checkbox"/>	44,00 € <input type="checkbox"/>	92,00 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
2 ^{ème} ADULTE	26,50 € <input type="checkbox"/>	28,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€
JEUNES DE 7 à 18 ANS	21,00 € <input type="checkbox"/>	23,00 € <input type="checkbox"/>	71,00 € <input type="checkbox"/>	20,00 €	€

ABONNEMENT REVUE	18,00 € ** <input type="checkbox"/>	24,00 € <input type="checkbox"/>	€
TOTAL : COTISATION FFCT + OPTION ASSURANCE + COTISATION CLUB RCVO + ABONNEMENT			€

**Pour tout nouvel adhérent

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU RCVO

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'assurance « Allianz » signée
- Un chèque à l'ordre de ... correspondant aux options choisies
- Un certificat médical de - de 12 mois (VTT, VTT en compétition)

EN ADHÉRANT AU RCVO

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

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.

Fait le Signature obligatoire :