



**Le dossier d'adhésion complet se compose de :**

- Bulletin adhésion + fiche sanitaire (au verso)
- Un chèque du montant de l'adhésion **et** de la licence FFC choisie, à l'ordre du « Connectic Cyclo Club ».
- Un certificat médical de moins de 6 mois de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition (ou d'un questionnaire de santé à partir de la 2<sup>ème</sup> année d'inscription au club).

**Connectic Cyclo Club**

Hôtel de ville, 8 rue Marcel Honorat  
13990 Fontvieille  
cycloclubconnectic@gmail.com  
Président : Robin FLAISSIER 06.99.10.77.31  
Trésorier : Sylvain GRONCHI 06.15.78.66.06  
Secrétaire : Anne BROTOT 06.26.01.39.37  
Ecole de vélo : Louis TEXIER 06.43.36.63.69

## ADHESION CLUB + TENUE DE VELO + LICENCE

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... AGE : ..... SEXE : M  F  GROUPE SANGUIN : .....  
TELEPHONE : ..... MAIL : .....

ADHESION AU CLUB : 100€ (pour le premier enfant) 80€ (à partir du second) .....

COURS du mercredi a-m, **réservé préparation compétition enduro**, pour le 1<sup>er</sup> semestre : 190 € .....

TENUE DE VELO : (cf feuille annexe ) .....

LICENCES (obligatoires pour les jeunes inscrits à l'école de vélo) :

- JEUNESSE (par tranche de 2 ans : de U7 (5 à 6 ans) à U 17 (15 à 16 ans) : 57€ .....
- SPORT (Epreuve de masse) 17 ans et + : 57 € .....
- COMPETITION ACCESS : 75 € ou OPEN : 135 € .....
- Participation de la mairie de Fontvieille, du département, du Pass' Sport (à déduire) ..... -

TOTAL =

- Je souhaite adhérer à l'association « Connectic Cyclo Club » et je sais pouvoir prendre connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association.
- J'autorise la diffusion de mon image sur la totalité des supports de communication du CCC.
- Je n'autorise pas la diffusion de mon image.

Fait à :

Le :

Signature :



## FICHE SANITAIRE

JE SOUSSIGNE : ..... QUALITE : PERE  MERE  TUTEUR LEGAL

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... MAIL : .....

AGISSANT EN QUALITE DE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT MINEUR : .....

DONT LE NUMERO DE SECURITE SOCIALE EST LE SUIVANT : .....

- Autorise les responsables du Connectic Cyclo Club à faire évacuer par les services de secours mon enfant, afin de faire pratiquer par un médecin tous les examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic en cas d'accident ou de maladie survenant dans le cadre des activités du club.
- Autorise le chirurgien et l'anesthésiste / réanimateur à pratiquer tout acte lié à une intervention chirurgicale ainsi que ceux détachables du processus opératoire.
- Déclare les antécédents médicaux connus : .....
- Déclare les allergies connues : .....
- Déclare la présence de contre-indications médicales connues : .....

AUTRES PERSONNES A PREVENIR AN CAS D'URGENCE :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Portable : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Portable : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :