Hôtel de ville, 8 rue Marcel Honorat 13990 Fontvieille
MAIL : cycloclubconnectic@gmail.com
Président : Didier TEXIER 06 98 44 97 38
Trésorier : Thomas GUIOL 06 31 79 46 41
Secrétaire : Robin FLAISSIER 06 99 10 77 31
Ecole de vélo : Louis TEXIER 06.43.36.23.69

Le dossier d'adhésion complet se compose de :

- Bulletin d'adhésion + fiche sanitaire (au verso) pour les mineurs,
- Un seul chèque, à l'ordre du « Connectic Cyclo Club », **cumulant le montant de l'adhésion et de la licence**,
- La prise de licence via le site de la FFC dès le mois de septembre pour les nouveaux membres du club et au mois de novembre pour les renouvellements de licences.

ADHESION CLUB + TENUE DE VELO + LICENCE

NOM : …… Prénom : ……

ADRESSE : ……

CODE POSTAL : …… VILLE : ……

DATE DE NAISSANCE : …… AGE : ……

TELEPHONE : …… MAIL : ……

ADHESION AU CLUB : 120€ (pour le premier enfant) 100€ (à partir du second) ……+

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) : 61€ …… +
- SPORT (Epreuve de masse) 17 ans et + : 61 € …… +
- COMPETITION (17 ans et +) ACCESS : 79 € ou OPEN : 139 € …… +
- A DEDUIRE 30 € si participation de la mairie de Fontvieille (Fontvieillois – de 16 ans) …… -
  100 € du département (Carte Collégiens de Provence)…… -
  50 € pour les bénéficiaires du Pass' Sport …… -

SOUTIEN AU CLUB (66% déductibles des impôts) : …… +_____

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 / je n'aurotise pas (rayer la mention inutile) la diffusion de mon image sur la totalité des supports de communication du CCC.

FICHE SANITAIRE

JE SOUSSIGNE : …… QUALITE : MERE ☐ PERE ☐ 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 EN CAS D'URGENCE :

Nom :	Prénom :	Lien de parenté :	Tel :
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :	Tel :

Fait à : Le :

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