



Union Vélocypédique
Orgerussienne
Club FFCT N° 04407

Fédération Française de Cyclotourisme

12. rue Louis-Bertrand
94207 Ivry-sur-Seine cedex
Tél. 01 56 20 88 88

Route (G1 ...G4) & VTT

Renouvellement de licence

Première adhésion

M. M^{me} M^{lle}

Nom : Prénom :

Né(e) le : Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email : @

Type d'activité

Cyclotourisme (rando) **visite médicale tous les 5 ans**

Cycloport (rando et compétition) **visite médicale tous les ans**

Adhésion seule : €

Petit braquet (1*) : € (Conjoint : €)

Grand braquet (1*) : € (Conjoint : €)

Maillot (obligatoire : prix minoré pour la première année)

MC : € ou / et ML : €

Revue mensuelle FFCT

€ (€ 1ère adhésion)

Total €

Le dossier d'adhésion à l'UVO doit contenir :

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'assurance «Allianz» signée
- Un chèque ou virement à l'ordre de l'UVO du montant des options choisies
- Un certificat médical de moins de 1 an (cycloport)
- Un certificat médical de moins de 5 ans (cyclotourisme)
- Une photo d'identité (première adhésion)

En adhérant à l'UVO

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le code de la route et les statuts du club
- Je suis informé que ma photo pourra être publiée dans les organes de communication utilisés par le club (site web et publications municipales) et je ne m'y oppose pas
- Je sais que ma photo d'identité et mes coordonnées personnelles seront publiées dans l'annuaire du club sur son site privé et je ne m'y oppose pas

1* - Les clauses du contrat d'assurance sont consultables sur le [site de la FFCT](http://ffct.org/activites-federales/les-assurances/) : <http://ffct.org/activites-federales/les-assurances/>

Cycloport : je fournis un certificat médical de non contre indication à la pratique de la compétition de moins de douze mois.

Cyclotourisme : je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme valide (établi après le premier janvier 2016).
J'atteste sur l'honneur avoir renseigné l'auto-questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N° 15699*01) qui m'a été remis par l'UVO et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques de cet auto-questionnaire. Je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Réinitialiser le formulaire

Fait à le / /

Signature :