

Demande de licence

NOM : _____

Prénom : _____

Né (e) le : _____

à : _____ Département : _____

*Adresse mail : _____

@ _____

*Téléphone fixe : _____

*Portable : _____

adresse mail et n° de téléphone indispensables et écrits très lisiblement

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Vélo Assistance Electrique

Licence Fin de Saison 2025

Remplir la déclaration d'équipement VAE

ENCADRER VOTRE CHOIX

TYPE DE LICENCE	COTISATIONS		REVUE	ASSURANCES	
	C.V.S.	FFCT		Petit Braquet	Grand Braquet
Famille				26,50 € + cotisations CVS et FFCT	76,50 € + cotisations CVS et FFCT
2ème adulte	8,00 €	15,00 €		49,50 €	99,50 €

Le règlement peut être additionné au montant dû par le 1er adulte famille



QUESTIONNAIRE DE SANTE (document fourni avec le bulletin d'inscription au club)

J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé/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 ADHERANT AU CLUB CHOLET VELO SPORT

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de Cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion.

* J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club :

OUI

NON

* J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures :

OUI

NON

* J'accepte l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion du club :

OUI

NON

* Je participe à des cyclosportives :

OUI

NON

Dans ce cas fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition datant de - de 12 mois.

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHESION AU CLUB

* Le présent bulletin d'inscription signé

* Le coupon signé de la notice d'assurance "Axa"

* La déclaration d'équipement VAE

* Le certificat médical si participation à des cyclosportives

* Le paiement à l'ordre du C.V.S. correspondant aux options choisies

Numéro de votre licence FFCT : _____

N° du CVS affilié à la FFCT : 00843

TOTAL INSCRIPTION

Montant : _____

Mode de règlement

Chèque N° du chèque : _____ Banque : _____

Espèces

Virement IBAN CVS : FR76 1790 6000 3296 3678 1321 834

AGRIFRPP879

L'ensemble des documents mentionnés ci-dessus sont à remettre aux permanences des Lundi 8 et 15 Décembre 2025 et du lundi 5 janvier 2026 de 17h30 à 19h00

Je m'engage à respecter la Charte des déplacements des cyclotouristes pour rouler en sécurité à vélo

Cholet, le : ____ / ____ /20 ____

Signature :