

<b>CYCLOS DE MOIRANS</b>		<b>INSCRIPTION 2025</b>				
<b>NOM &amp; PRENOM</b>						
<b>ADRESSE</b>						
<b>ADRESSE suite</b>						
<b>DATE NAISSANCE</b>		<b>Date et mode de règlement</b>				
<b>N° DE TELEPHONE</b>						
<b>N° DE PORTABLE</b>						
<b>MAIL</b>						
<b>Assurance "Petit Braquet" Droits d'entrée au Club (20€)</b>						
Responsabilité civile 24H/24 - Défense recours, accident corporel, rapatriement, dommages aux équipements ( casque et cardio )						
	<b>ADULTE</b>		<b>FAMILLE</b>			
	Sans revue	Avec revue	1er adulte		2 <sup>ème</sup> adulte	Jeune 7-18 ans
			Sans revue	Avec revue		
<b>Montant cotisation</b>	<b>71,50</b>	<b>99,50</b>	<b>71,50</b>	<b>99,50</b>	<b>56,00</b>	<b>20,50</b>
<b>Cocher la case choisie</b>						
<b>Assurance "Grand Braquet" Droits d'entrée au Club (20€)</b>						
Petit Braquet avec en plus capitaux triplés, décès, cardio vasculaire et en plus dommages à la bicyclette						
<b>Montant cotisation</b>	<b>121,50</b>	<b>149,50</b>	<b>121,50</b>	<b>149,50</b>	<b>106,00</b>	<b>70,50</b>
<b>Cocher la case choisie</b>						
<b>Pour les nouveaux adhérents prévoir 20€ de + pour adhésion au CLUB</b>						
<b>Formule</b> (Cocher la formule choisie)	<b>Pratique associée</b>				<b>Certificat médical</b>	
Velo Ballade	Pratique douce – Participation évènements FFCT – Bénéfice de l'assurance				Non nécessaire	
Velo Rando	Pratique régulière pour rouler sur toutes distances – donne accès à toutes les manifestations FFCT				Standard Tous les 3 ou 5 ans en régime standard	
Velo Sport	Velo Rando + possibilité de participer à des cyclosporives ( hors FFCT )				Compétition Tous les ans	

Renouvellement certificat médical – si **CERFA OK**

Hommes – de 60 ans tous les 5 ans sinon tous les 3 ans

Femmes – de 70 ans tous les 5 ans sinon tous les 3 ans

**ATTESTATION QS sport**

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] .....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] .....

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]..... ,  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.