



**CLUB CYCLOTOURISTE D'YVETOT**

**Siège : HOTEL de VILLE BP 219**

**YVETOT Cedex.**

**FFCT N° 03061 COREG.H.N. CODEP76**

**DEMANDE DE LICENCE 2017**

Nouvelle demande       Renouvellement : n° Licence .....

Section Route       Section VTT

Je Soussigné(e) : .....

Lieu de Naissance : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tel Fixe : ..... Tel Portable : .....

Email : .....@ .....

Souhaite demander une licence FFCT au Club Cyclotouriste d'Yvetot.

<b><u>Licence Assurance Sans Revue</u></b>	<b><u>FORMULE Mini BRAQUET (*) (* Non conseillée)</u></b>	<b><u>FORMULE PETIT BRAQUET</u></b>	<b><u>FORMULE GRAND BRAQUET</u></b>
<b>- 25 ans</b>	<input type="checkbox"/> 39€	<input type="checkbox"/> 41€	<input type="checkbox"/> 88€
<b>1er Adulte</b>	<input type="checkbox"/> 58€	<input type="checkbox"/> 60€	<input type="checkbox"/> 109€
<b>2ème Adulte</b>	<input type="checkbox"/> 43€	<input type="checkbox"/> 45€	<input type="checkbox"/> 93€

<b><u>Licence Assurance Avec Revue</u></b>	<b><u>FORMULE Mini BRAQUET (*) (* Non conseillée)</u></b>	<b><u>FORMULE PETIT BRAQUET</u></b>	<b><u>FORMULE GRAND BRAQUET</u></b>
<b>- 25 ans</b>	<input type="checkbox"/> 62€	<input type="checkbox"/> 64€	<input type="checkbox"/> 111€
<b>1er Adulte</b>	<input type="checkbox"/> 81€	<input type="checkbox"/> 83€	<input type="checkbox"/> 132€

J'ai pris connaissance des diverses formules d'assurance proposées.

**Fournir un Certificat Médical de Non Contre-indication (CMNC) à la pratique du Cyclotourisme Pour les nouveaux licenciés et formule grand braquet**  
Pour être pris en considération, ce Certificat doit être établi dans les 4 mois qui précèdent ou dans le mois qui suit la délivrance de la licence.

Fait à Yvetot le : ...../...../.....

Signature :

**NE PAS OUBLIER DE RENSEIGNER LE VERSO. MERCI**

# Club Cyclotouriste d'Yvetot

## Déclaration du licencié - saison 2017

A retourner obligatoirement au club (ou à la FFCT pour les membres individuels)

Je soussigné(é) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_/\_\_/\_\_

**Pour le mineur** représentant légal de \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_/\_\_/\_\_

Licencié de la FFCT à (nom du club) \_\_\_\_\_

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès d'Allianz pour le compte de ses adhérents ;
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (décès, invalidité permanente, frais médicaux, et assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la FFCT
- Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes :

Indemnité journalière forfaitaire  Complément décès/invalidité

- Avoir souscrit au contrat individuel garanties des accidents de la vie (GAV) **oui**  **non**
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)

---