

VCPA VELO CLUB POUILLY EN AUXOIS

Demande d'Adhésion année 2025 (valide du 01/01 au 31/12/2025)

LICENCE F.F.C.T. (Fédération Française de Cyclotourisme)

L'adhésion annuelle comprend la cotisation au VCPA et le montant de la licence (obligatoire) comprenant :

L'assurance de base «Petit Braquet» : Responsabilité Civile, Recours et Défense pénale, Accident Corporel, Assurance rapatriement, dommages casque et cardio-fréquence-mètre (à fonction unique).

En cas de souscription à l'assurance « Grand Braquet », s'y ajoutent les couvertures : Dommages au vélo, aux vêtements et au GPS.

Des garanties complémentaires peuvent être aussi souscrites, la demande devant être effectuée en même temps que la licence.

COORDONNEES DU LICENCIÉ

NOM : _____ PRENOM : _____
Date et lieu de Naissance : _____ à _____
Adresse complète : _____
Téléphone fixe : _____ portable : _____ e-mail : _____

PRATIQUE DU VAE	OUI	NON	MONTANT A PAYER
<u>COTISATION ANNUELLE VCPA</u>			
➤ Adulte: 20€			➤
➤ moins de 18 ans (né après le 01/01/2007): 10€ Demander le QS JEUNES			➤
<u>LICENCE FFCT (obligatoire) – Assurance Petit Braquet incluse</u>			
➤ Adulte : 54,50 €			➤
➤ Jeunes 18 à 25 ans seul (nés après le 01/01/2000 et avant le 01/01/2007) : 38 €			➤
Tarif Famille (au moins 2 adhérents FFCT dont 1 adulte, domiciliés à la même adresse): 1^{er} adulte : 54,50€, 2^{ème} adulte : 39€, jeunes (18-25 ans) : 38€, Mineurs 7ans et+ :21€ .			➤
+ Assurance complémentaire (facultative)			
➤ Assurance Grand Braquet : base Petit Braquet ci-dessus + 51,50€ pour tous les types de licence (Adultes, jeunes, famille...)			➤
➤ Des garanties optionnelles voir notice d'information AXA			➤
<u>Contribution volontaire</u>			➤
➤ Je soutiens la lutte contre le cancer en versant la somme de 5€ supplémentaire			➤
TOTAL A PAYER			➤

Je **CERTIFIE** avoir été informé de la possibilité de souscrire des garanties supplémentaires facultatives, en sus des garanties de l'assurance de base liée à la licence.

Je **CERTIFIE** avoir répondu au questionnaire de santé et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/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.

Date:

Signature

Ce formulaire est à renvoyer à Monique CAMP -1 Rue des Roches -21320 POUILLY EN AUXOIS, accompagné : du CERTIFICAT MEDICAL de moins de 12 mois si je participe à des cyclosportives de l'accusé réception de la notice d'information 2024 AXA du chèque de règlement.

OU par mail à : Elsaleomian@gmail.com avec un virement bancaire sur le compte : VELO-CLUB POUILLY EN AUXOIS IBAN : FR76 1027 8025 4300 0200 9530 126