



# DEMANDE DE LICENCE 2025

(1 demande par licencié / 2 demandes pour un couple dont le (ou la) conjoint(e) est considéré(e) comme 2ème adulte)

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : | | | | | | | |

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... ✉ : ..... @ .....

LICENCE + COTISATION CLUB + ASSURANCE CATEGORIE	LICENCE FFCT (A)	ASSURANCE PETIT BRAQUET (B)	ASSURANCE GRAND BRAQUET (B)	COTISATION CLUB (C)	TOTAL (A)+(B)+(C)
ADULTE	30,00 € <input type="checkbox"/>	24,50 € <input type="checkbox"/>	76,00 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	€
<b>FAMILLE</b>					
2 <sup>ème</sup> ADULTE [Conjoint(e) d'un(e) licencié(e)]	14,50 € <input type="checkbox"/>	24,50 € <input type="checkbox"/>	76,00 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	€
<b>ABONNEMENT REVUE</b>					
ABONNEMENT REVUE (facultatif)	32,00 € <input type="checkbox"/>				€
PARTICIPATION CLUB	10,00 € <input checked="" type="checkbox"/>				- 10,00 €
<b>TOTAL : LICENCE + ASSURANCE + COTISATION CLUB + ABONNEMENT REVUE (facultatif)</b>					€

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

- J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire santé, j'ai bien pris note de ses questions 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.  
*Ce questionnaire de santé est confidentiel, il n'est pas à joindre à la demande de licence.*

## EN ADHÉRANT AU CLUB :

- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et de ses structures.
- Je participe à des cyclosportives et je fournis un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition datant de moins de 12 mois.

**Au recto de ce document, ne pas oublier de renseigner et de signer la déclaration du licencié reconnaissant avoir pris connaissance de la notice d'information relative au contrat d'assurance "AXA".**

Signature obligatoire du licencié(e)

Fait le :



# DEMANDE DE LICENCE 2025

## Déclaration du licencié - Saison 2025

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) ..... né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Pour le mineur** représentant légal de ..... né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Licencié de la Fédération à (nom du Club) .....

Déclare

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA 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 Fédération
- Avoir choisi une formule MB  PB  ou GB  et les options suivantes :  
Indemnité Journalière  forfaitaire Complément Décès/Invalidité   
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

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

Fait à ..... le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |