



# ADHÉSION ACTF/FFV 2024 (une fiche par membre) - A conserver au club

Première adhésion

Réadhésion

Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° licence : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Département ou Pays : \_\_\_\_\_

Adresse : n°: \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ ☎ / / / /

✉ : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ☎ / / / /

Personne à prévenir en cas d'accident : \_\_\_\_\_ ☎ / / / /

## FORMULES DE LICENCES VELO (cocher les cases correspondantes)

vélo route

VTT

GRAVEL

VAE

CATEGORIE		OPTIONS ASSURANCES	PETIT BRAQUET (PB)	GRAND BRAQUET (GB)	COTISATION ACTF obligatoire	TOTAL
1 <sup>er</sup> ADULTE	+ 25 ans		51,50 € <input type="checkbox"/>	101,50 € <input type="checkbox"/>	+ 12,00 €	€
1 <sup>er</sup> ADULTE	18 – 25 ans		35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>	+ 12,00 €	€
JEUNE	7 – 17 ans		35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>	offert	€
FAMILLE	2 <sup>ème</sup> ADULTE	+ 25 ans	36,00 € <input type="checkbox"/>	86,00 € <input type="checkbox"/>	+ 6,00 €	€
	2 <sup>ème</sup> ADULTE	18 – 25 ans	35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>	+ 6,00 €	€
	JEUNE	7 – 17 ans	18,50 € <input type="checkbox"/>	68,50 € <input type="checkbox"/>	offert	€
	ENFANT	moins 7 ans	offert	50,00 € <input type="checkbox"/>	offert	€
ABONNEMENT REVUE (option)			28,00 € <input type="checkbox"/>	23,00 € <input type="checkbox"/> pour nouvel adhérent		€
<b>TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + COTISATION CLUB + ABONNEMENT</b>						<b>€</b>

## EN ADHÉRANT AU CLUB ACTF

- J'accepte les statuts et règlements du club et de la FFV et je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route.
- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.
- J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : OUI  NON
- J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de mon club et de la Fédération : OUI  NON

**AVEC L'ADHESION, JE FOURNIS LE PRESENT BULLETIN SIGNE** (accompagné de mon règlement) **ET SUIVANT LA SITUATION :**

➤ **Pour les adultes :**  J'ai bien pris note des questions du **QUESTIONNAIRE DE SANTE** 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.

Je participe à des **cyclosporatives** – Je fournis un certificat médical de **non-contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition** datant de moins de 12 mois

➤ **Pour les mineurs :**  un certificat médical de moins de 6 mois (cyclotourisme)  
**ou**  J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé (QS-JEUNES) et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

**Déclaration du licencié - Saison 2024** (A compléter obligatoirement)

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

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

Licencié de la Fédération à l'**ACTF**, déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du 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 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 PB ou GB et les options suivantes : Indemnité Journalière forfaitaire   
Complément Décès/Invalidité
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée



Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du membre  
ou du représentant légal pour le mineur

**A régler auprès de :**  
(chèque à l'ordre de l'**ACTF**)

Marianne CAQUEUX – trésorière ACTF  
39 rue du Markstein 68610 LINTHAL  
06.47.55.36.92

Réservé à la trésorerie		Certificat médical
Chèque	Espèces	
		<input type="checkbox"/>