

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2018

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Portable : Tél fixe :
Mail (obligatoire) :@.....

1. La cotisation annuelle 2018 au club «Vélo Passion Heimsbrunn», incluant la licence FSGT, est la suivante :

- Adultes : 55 €/personne
- Juniors (de 17 à 18 ans) : 55 €/personne
- Couples mariés ou pacsés : 95 €/couple

Le chèque est à libeller au nom de «Vélo Passion Heimsbrunn».

Le certificat médical, de moins de 3 mois, autorisant la pratique du cyclisme ou VTT, est obligatoire (préciser « en compétition » si vous faites de la compétition). Pour les renouvellements , remplir le **questionnaire de santé** ainsi que **l'attestation du questionnaire de santé** ci-après .

2 . Le club bénéficiant également d'une affiliation à la fédération FFC , vous avez la possibilité d'y adhérer : 20 € + tarif selon licence FFC (cf formulaire de demande de licence 2018) le **certificat médical doit être fait sur la demande de licence par le médecin .**Si renouvellement (licencié 2017)**,remplir **l'attestation de questionnaire de santé** sur le formulaire .**

Le chèque de 20 € est à libeller au nom de «Vélo Passion Heimsbrunn» et le chèque licence FFC est à libeller à « comité Grand-Est du cyclisme. »

3. La cotisation annuelle « Membre 2018 » au club «Vélo Passion Heimsbrunn», sans licence sportive et sans assurance, est la suivante (Ne permet pas seule de participer aux sorties et animations sportives du club . Une licence cyclisme est obligatoire) :Tarif unique : 20 €/personne.

Le chèque est à libeller au nom de «Vélo Passion Heimsbrunn».

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'assurance incluses dans ma licence (cf site velopassionheimsbrunn.fr).

Fait à : Le :Signature :

ATTESTATION questionnaire de santé

Je soussigné-e (Prénom / Nom du-de la licencié-e) :

N° de licence FSGT :Adhérent-e du club : J'atteste sur

l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FSGT ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club / association. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à le : Pour dire et

valoir ce que de droit, Signature du-de la licencié-e (ou de son-sa-ses représentant-e légal-e / légaux-légaux pour le-s mineur-e-s) :

Fait à, Signature

Le,