

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Portable : ..... Mail : .....

Discipline :     Route     VTT     Les deux    Option :     VAE     Ecole de vélo

N° de Licence :  
  
 ou  
 Première adhésion

	Type de licence			
	Ecole de vélo	Rando	Sport	Montant
Tarif unique	<input type="checkbox"/> 36 €			
Tarif avec assurance petit braquet			<input type="checkbox"/> 55 € * <input type="checkbox"/> 45 € si licencié en 2021	<input type="checkbox"/> 55 € * <input type="checkbox"/> 45 € si licencié en 2021
Tarif avec assurance grand braquet			<input type="checkbox"/> 105 € * <input type="checkbox"/> 95 € si licencié en 2021	<input type="checkbox"/> 105 € * <input type="checkbox"/> 95 € si licencié en 2021
Option	<input type="checkbox"/> Revue FFCT +25 €			+
<b>Total</b>				<b>=</b>

Je fournis un certificat médical (obligatoire) de - de 3 mois pour la licence :

- Ecole de vélo

- Sport (avec la mention cyclisme en compétition)

Pour les licences Balade et Rando, je fournis un certificat médical de - de 3 mois tous les 5 ans.

Ou

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01).

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.

**Constitution du dossier d'adhésion au club :**

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'assurance « AXA » signée
- Votre règlement (chèque à l'ordre de la PST Cyclo)
- Le règlement intérieur signé
- Le certificat médical si nécessaire (tous les 5 ans) et obligatoire pour la licence sport et l'école de vélo
- Autorisation parentale pour l'école de vélo

En adhérant au club,

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion.

J'autorise à fixer, diffuser, reproduire mon image (films et photographies) prise dans le cadre des activités du club et pourra être exploitée et utilisée sous toute forme et tous supports pour une durée de 5 ans à compter de la signature de la présente adhésion.

J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

Fait le                    /                    /

Signature obligatoire :

\* Pour toute adhésion groupée de membres d'une même famille sur les licences Sport et Rando, appliquer à partir de la 2<sup>ème</sup> licence adulte et/ou Jeune 18-25ans, une remise de 10 € (assurance petit braquet) et 20 € (assurance grand braquet) soit 40 € au lieu de 50 € et 80 € au lieu de 100 €.



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

**CERTIFICAT MÉDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Nom :

Prénom :

Club d'affiliation :

N° de licence :

Je soussigné(e), Dr

certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du :

Cyclotourisme (licence vélo Rando)

Ou

Cyclisme en compétition (licence Vélo Sport)

A

Le

Signature et cachet du médecin :  
(Obligatoire avec ses coordonnées)



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

## AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

CNJ / DTN • février 2020

Nom du club

N° fédéral

Je soussigné(e) père, mère ou représentant légal :

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Email

Tél. fixe

Tél. portable

Autorise l'enfant :

Nom

Prénom

À participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte accompagnateur, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations particulières des parents :

Atteste avoir remis la fiche sanitaire au responsable de l'encadrement, avec tous les renseignements concernant la santé de l'enfant et les directives en cas de nécessité.

Et autorise le responsable de l'encadrement :

Nom

Prénom

À prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant l'enfant susnommé

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à

Le

Signature, (Précédée de la mention « lu et approuvé »)



**AUTORISATION PARENTALE**  
**DE TRANSPORT DES MINEURS**

Nous, soussignés :

demeurant à :

représentants légaux de l'enfant :

autorisons notre enfant à effectuer les trajets liés à son activité sportive au sein de l'école de vélo PST CYCLO TARTAS, dans tout véhicule conduit par l'équipe d'encadrement ou une personne opérant à titre de bénévole.

Fait à :

Le :

Signature :



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CNJ / DTN • février 2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour sportif ou l'accueil de l'enfant au sein du club. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure fédérale.

### I . ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

### II . VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, **pas de photocopies du carnet**).

Précisez s'il s'agit :

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio		
Du Dt coq		
Du Tétracoq		
D'une prise polio      Rappels		
ROR 1er vaccin		
ROR rappel		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :

### III . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

#### 1. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE				VARICELLE				ROUGEOLE				OREILLONS			
oui		non		oui		non		oui		non		oui		non	

#### 2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

#### 3. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUË EN COURS ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

#### 4. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance)

ALIMENTAIRE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

MÉDICAMENTEUSE :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

oui		non	
-----	--	-----	--

Nature :

#### 5. VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

#### 6. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

oui		non	
-----	--	-----	--

Si oui précisez lesquels ?

**RAPPEL** SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

#### IV . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL :

FIXE :

PORTABLE :

Je soussigné, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Vaut pour signature :

#### PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE :

DÉPART LE :

SAISON SPORTIVE

Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club

# RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2022



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

**Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération [www.ffvelo.fr](http://www.ffvelo.fr) ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues [www.cabinet-gomis-garrigues.fr](http://www.cabinet-gomis-garrigues.fr)**

**En choisissant votre option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :**

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ <b>Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours</b>	Acquise	Acquise	Acquise	
→ <b>Décès accidentel</b>	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ <b>Décès ACV/AVC<sup>(1)</sup> :</b>				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€	
→ <b>Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative &lt; 5%</b>	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ <b>Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :</b>		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)		250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€	
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ <b>Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive</b>	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ <b>Assistance dont :</b>				
▪ Rapatriement		Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€	
<b>TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement</b>				
→ <b>Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :</b>				Franchises
▪ Casque		80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	100€

<sup>(1)</sup> Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

**Attention : le licencié Vélo-Balade ne peut prétendre aux capitaux décès ACV/AVC même avec la formule d'assurance Petit Braquet et Grand Braquet.**

**Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :**

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
  - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
  - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
  - d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
  - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
  - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
  - de maladie ;
  - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

## I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

### 1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>e</sup> jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

**Cotisation : 30€ TTC** en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

### 2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu)	25 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000€ <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

**Cotisation : 25€ ou 50€** pour capitaux ci-dessus doublés.



## Pour toutes informations : vos contacts



### AMPLITUDE ASSURANCES Céliane Gomis - Philippe Garrigues

17 Boulevard de Gare  
31500 TOULOUSE  
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

Téléphone : 05 61 52 19 19

E-mail :  
contact@amplitude-assurances.fr

Site internet :  
www.cabinet-gomis-garrigues.fr



### LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

12 Rue Louis Bertrand  
CS 80045  
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail :  
l.blondeau@ffvelo.fr

Site internet :  
www.ffvelo.fr



### AXA ASSISTANCE

Convention n° 0804137  
Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24  
01 55 92 12 94

## II. La protection de vos données personnelles

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues – Délégué à la Protection des Données – 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.



### Déclaration du licencié - Saison 2022

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

Fait à ..... le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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



# PEDALE STADE TARUSATE

## Section Cyclo



La page 3 du règlement intérieur de l'École Française de Vélo est à joindre au dossier d'inscription de votre enfant, et vaut acceptation du règlement intérieur du club PST Cyclo.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'École Française de Vélo.

Nom et prénom de l'enfant : .....

Le : .....

Les parents

Le jeune

Le responsable pédagogique  
Christophe PENNACCHI