



Demande de licence – assurance 2023

Madame

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse courriel :

Portable :

Adresse :

Téléphone fixe :

Vous allez recevoir vos licences par courriel, donc il est impératif de donner 2 adresses mail valides.

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse courriel :

Portable :

Code postal : Ville :

Questionnaire de santé et certificat médical

Formule	Mme	M.	
Vélo balade Pratique douce et familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Questionnaire de santé * (QS-SPORT Cerfa N° 155699*01)
Vélo rando Pratique régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificat médical de moins de 5 ans <i>Celui datant de 2018 n'est plus valable</i>
Vélo sport Pratique sportive et cyclo sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificat médical de moins de 3 ans <i>Celui datant de 2020 n'est plus valable</i>

Licence + assurance 2023

Formule	Activité	Mme	M.	Petit Braquet	Grand Braquet	Divers	Total
Vélo balade Pratique douce et familiale	Marche Cyclo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 ^{er} adulte <input type="checkbox"/> 76 € 2 ^e adulte <input type="checkbox"/> 51 €	1 ^{er} adulte <input type="checkbox"/> 126 € 2 ^e adulte <input type="checkbox"/> 101 €		
Vélo rando Pratique régulière	Cyclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vélo sport Pratique sportive et cyclo sportive	Cyclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	VAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sympathisant licencié FFCT dans un autre club						<input type="checkbox"/> 24,50 €	
Revue FFCT cyclotourisme						<input type="checkbox"/> 28 €	
						Total	

Dans le cas d'une pratique de VAE, je fournis le certificat de conformité de l'appareil.

Les cotisations FFCT et Club sont incluses dans les assurances Petit Braquet et Grand Braquet.

* J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le [questionnaire de santé](#) (QS-SPORT Cerfa No 15699*01) et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques. Je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive. *(ce questionnaire de santé est confidentiel, il n'est pas à joindre à la demande de licence.)*

Date et signature :

Je souhaite un reçu fiscal

Joindre à ce formulaire l'[attestation saison 2023](#), la [déclaration du licencié saison 2023](#) et le cas échéant, le certificat médical, le certificat de conformité du VAE.

Demande à retourner accompagnée du chèque libellé à l'ordre de Cyclo Randonneur Briviste à :

Claude Delpy

4, impasse René Cassin 19100 Brive

06 89 83 85 89 – delpyclaude@orange.fr