

Si Renouvellement : N° de licence

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_



@

## Tarif selon Formule d'Assurance et Adhésion CCTM

ASSURANCE	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	ADHESION CLUB (B)	TOTAL
1 <sup>er</sup> ADULTE	55,00 € <input type="checkbox"/>	57,00 € <input type="checkbox"/>	107,00 € <input type="checkbox"/>	30,00 € <input type="checkbox"/>	
2 <sup>ème</sup> ADULTE	39,50 € <input type="checkbox"/>	41,50 € <input type="checkbox"/>	91,50 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	
Jeune 18 à 25 ans	38,50 € <input type="checkbox"/>	40,50 € <input type="checkbox"/>	90,50 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	
Jeune - 18 ans	21,00 € <input type="checkbox"/>	22,00 € <input type="checkbox"/>	72,00 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	
Revue facultative (11 numéros)	32,00 € <input type="checkbox"/>				
TOTAL : (A) Assurance & cotisation FFCT + (B) Adhésion club + Revue (facultative)					

*Toute inscription comporte au minimum l'adhésion Club,  
et pour les cyclos, le choix de la formule de Licence*

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHESION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription signé
  - La notice d'assurance « AXA » signée
  - Un chèque du montant total ci-dessus à l'ordre du « CCT Marly-le-Roi »
- Nota : Un certificat médical (CMNI Compétition) sera nécessaire lors d'inscription à des cyclosportives*

### EN ADHERENT AU CLUB DE CYCLOTOURISME DE MARLY-LE-ROI (CCTM)

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club et les informations de ce dossier d'inscription
- Droit à l'image : j'autorise le club à faire paraître mon image sur ses outils de communication :

☐

OUI

☐

NON

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

☐

OUI

☐

NON

☐

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé en pièce jointe

☐

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 le .....

Signature obligatoire :