

**DEMANDE DE LICENCE CYCLOS 2019**

**(un certificat médical est obligatoire sauf pour vélo balade)**

NOM Prénom :

Adresse :

Date de naissance : N° de licence :

TYPE DE LICENCE : VELO BALADE VELO RANDO VELO SPORT

LICENCE ANNEE 2018 : REVUE :

Adresse mail : \* merci de compléter

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | MINI BRAQUET | PETIT BRAQUET | GRAND BRAQUET | NOMBRE | MONTANT |
| ADULTES | | SANS REVUE | | 42.00 | 44.00 | 92.00 |  |  |
| AVEC REVUE | | 67.00 | 69.00 | 117.00 |  |  |
| JEUNES (18 ans-25 ans) | | SANS REVUE | | 26.50 | 28.50 | 76.50 |  |  |
| AVEC REVUE | | 51.50 | 53.50 | 101.50 |  |  |
| FAMILLE | 1ER Adulte | SANS REVUE | | 42.00 | 44.00 | 92.00 |  |  |
| AVEC REVUE | | 67.00 | 69.00 | 117.00 |  |  |
| 2ème Adulte | SANS REVUE | | 26.50 | 28.50 | 76.50 |  |  |
| De 18 à 25 ans | SANS REVUE | | 21.00 | 23.00 | 71.00 |  |  |
| Jeunes -18 ans | SANS REVUE | |  | 6.50 | 54.50 |  |  |
| 6 ans et moins | SANS REVUE | | GRATUIT | GRATUIT | 48.00 |  |  |
| ECOLE CYCLOS  JEUNES -18 ans (- 18 ans) | | SANS REVUE | | - | 12.00 | 60.00 |  |  |
| **COTISATION CLUB OBLIGATOIRE** | | | | **4.00** | | | **1** | **4.00** |
|  | | |  |  |  | TOTAL |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Garanties souscrites** | **Mini Braquet 14.50 €** | **Petit Braquet 16.50 €** | **Grand Braquet 64.50 €** |
| Responsabilité civile | **oui** | **oui** | **oui** |
| Recours et défense pénale | **oui** | **oui** | **oui** |
| Accident corporel | non | **oui** | **oui** |
| Assurance rapatriement | non | **oui** | **oui** |
| Dommages au casque- cardio-fréquencemètre | non | **oui** | **oui** |
| Dommages au vélo | non | **non** | **Oui. 1500€** |
| Dommages au GPS | non | non | **Oui. 300€** |
| Dommages aux équipements vestimentaires | non | non | **Oui. 160€** |
| Décès suite à AVC/ACV sans test effort -2ans | non | Oui. 1500€ | **Oui. 2500€** |
| Décès suite à AVC/ACV avec test effort -2ans | non | Oui. 3000€ | **Oui. 7500€** |
| Décès suite accident | non | Oui. 5000€ | **Oui. 15000€** |
| Invalidité IPP | non | Oui. 30000€ | **Oui. 60000€** |

A retourner à : CARION JOSIANE LES MATS 4 RUE DES CHATAIGNIERS 86500 MONTMORILLON

avec la feuille d'inscription – le certificat médical et le chèque