



Hôtel de ville, 8 rue Marcel Honorat 13990 Fontvieille
courriel : cycloclubconnectic@gmail.com

Président : Didier TEXIER 06 98 44 97 38

Trésorier : Jean-Philippe Bellando

Secrétaire : Sylvie Audibert

Ecole de vélo : Louis TEXIER 06 43 36 23 69

Le dossier d'adhésion complet est à rapporter avant le 30 septembre 2026. Il se compose de :

- Bulletin d'adhésion + fiche sanitaire (au verso) pour les mineurs,
- Un seul chèque, à l'ordre du « Connectic Cyclo Club », **cumulant le montant de l'adhésion et de la licence**,
- La prise de licence via le site de la FFC dès le mois de septembre pour les nouveaux membres du club et au mois de novembre pour les renouvellements de licences.
- Autorisation de déplacement autonome pour les cours de sport

ADHESION CLUB + TENUE DE VELO + LICENCE

Saison 2026 - 2027

NOM : Prénom :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

TELEPHONE (et nom) : MAIL :

ADHESION AU CLUB : **120€** (pour le premier enfant) **100€** (à partir du second) +

TENUE DE VELO : (cf feuille annexe) +

LICENCES (obligatoires pour les jeunes inscrits à l'école de vélo) :

- JEUNESSE U7 - U17 (de 5 à 16 ans) : **68€** +
- SPORT (Epreuve de masse) 17 ans et + : **68€** +
- COMPETITION (17 ans et +) ACCESS : **86€** ou OPEN : **147€** +
- A DEDUIRE
 - **30€** « Opération Jeunesse » mairie de Fontvieille (Fontvieillois 6-17 ans) -
 - **75€** du département (Carte collégiens de Provence)..... -
 - **50€** bénéficiaires du Pass'Sport..... -

SOUTIEN AU CLUB (66% déductibles des impôts) : +

Réglé : _____ mode règlement : _____ le _____ **TOTAL** _____

- ☐ Je souhaite adhérer à l'association « Connectic Cyclo Club » et je sais pouvoir prendre connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association.
- ☐ J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) la diffusion de mon image sur la totalité des supports de communication du CCC.



FICHE SANITAIRE

JE SOUSSIGNE(E) : QUALITE : MERE ☐ PERE ☐ TUTEUR LEGAL ☐

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE : MAIL :

AGISSANT EN QUALITE DE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT MINEUR :

DONT LE NUMERO DE SECURITE SOCIALE EST LE SUIVANT :

- Autorise les responsables du Connectic Cyclo Club à faire évacuer par les services de secours mon enfant, afin de faire pratiquer par un médecin tous les examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic en cas d'accident ou de maladie survenant dans le cadre des activités du club.
- Autorise le chirurgien et l'anesthésiste / réanimateur à pratiquer tout acte lié à une intervention chirurgicale ainsi que ceux détachables du processus opératoire.
- Déclare les antécédents médicaux connus :
- Déclare les allergies connues :
- Déclare la présence de contre-indications médicales connues :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom : Lien de parenté : Tel :

Nom : Prénom : Lien de parenté : Tel :

Autorisation parentale expresse

Je soussigné(e), [Nom et prénom du représentant légal] _____, représentant(e) légal(e) de l'élève [Nom et prénom de l'élève] _____,

☐ **autorise expressément** mon enfant à se rendre **seul(e)** à son cours de vélo et à en repartir **seul(e)** à l'issue de celui-ci.

☐ **n'autorise pas** mon enfant à se rendre seul(e) à son cours de vélo ni à en repartir seul(e). Dans ce cas, je m'engage à être **présent(e) 10 minutes avant la fin du cours** pour venir le/la chercher.

Cette autorisation concerne les trajets effectués à **l'aller comme au retour**, sans accompagnement d'un représentant légal.

Je reconnais avoir été informé(e) de cette organisation et en assume la responsabilité pour les trajets effectués seul(e) par mon enfant.

Fait à _____, le _____

Signature du représentant légal :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »