



FORMULAIRE D'ADHÉSION

SAISON 2027

MOLIÈRES CYCLO SPORT



DEMANDE D'ADHÉSION : ☐ Renouvellement ☐ Première adhésion

1. IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT(E)

Civilité : ☐ Mme ☐ M. N° de licence : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ E-mail : _____

2. FORMULES DE LICENCES & TARIFS 2027 (COTISATION CLUB INCLUSE)

CATÉGORIE	MINI BRAQUET (Assurance de base)	PETIT BRAQUET (Assurance intermédiaire)	GRAND BRAQUET (Assurance complète)	MONTANT SÉLECTIONNÉ
INDIVIDUEL				
ADULTE (plus de 25 ans)	☐ 72,00 €	☐ 74,00 €	☐ 124,00 €	€
ADULTE (18 - 25 ans)	☐ 55,50 €	☐ 57,50 €	☐ 107,50 €	€
MINEUR (moins de 18 ans)	☐ 30,50 €	☐ 30,50 €	☐ 80,50 €	€
FAMILLE				
1 ^{er} ADULTE (plus de 25 ans)	☐ 72,00 €	☐ 74,00 €	☐ 124,00 €	€
2 ^{ème} ADULTE (plus de 25 ans)	☐ 56,50 €	☐ 58,50 €	☐ 108,50 €	€
ADULTE (18 - 25 ans)	☐ 55,50 €	☐ 57,50 €	☐ 107,50 €	€
MINEUR (7 ans et plus)	☐ 38,00 €	☐ 39,00 €	☐ 89,00 €	€
MINEUR (moins de 7 ans)	☐ 0,00 €	☐ 0,00 €	☐ 50,00 €	€

ADHÉSION FAMILLE : N° de famille _____ - exemplaire ____ sur ____ (un formulaire par membre, même N° de famille sur chacun)

3. OPTION ABONNEMENT REVUE CYCLOTOURISME

☐ 35,00 € (Abonnement annuel à la Revue Cyclotourisme) ☐ Non abonné

TOTAL À PAYER (Licence + Options + Abonnement) :

€

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant en vous adressant à la Fédération Française de Cyclotourisme (FFVélo), 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.



FORMULAIRE D'ADHÉSION

SAISON 2027

MOLIÈRES CYCLO SPORT



4. TYPE DE PRATIQUE

Discipline(s) pratiquée(s) :

☐ Route ☐ VTT / VTC ☐ Gravel

Pratiquez-vous le VAE (Vélo à Assistance Électrique) ?

☐ OUI ☐ NON

5. CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION

POUR LES ADULTES :

- ☐ Le présent bulletin d'inscription complété et signé
- ☐ La notice d'information de l'assureur signée

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (Adultes) : [\(consultez ici le questionnaire\)](#)

- ☐ J'ai pris connaissance des questions relatives au Questionnaire de Santé. J'atteste sur l'honneur avoir pris ou prendre les dispositions médicales nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive.

POUR LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS :

- ☐ Le présent bulletin d'inscription signé par le représentant légal
- ☐ La notice d'information de l'assureur signée
- ☐ Certificat médical de moins de 6 mois (pratique du cyclotourisme)

OU

- ☐ Attestation sur l'honneur d'avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-JEUNES) et répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

6. ENGAGEMENTS & AUTORISATIONS

En adhérant au Molières Cyclo Sport :

- ☐ Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération Française de Cyclotourisme (FFVélo), les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion.
- ☐ J'accepte de recevoir les e-mails d'information et communications diffusés par le club, la Fédération ou ses structures territoriales.
- ☐ J'autorise l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image (ou de mon enfant mineur) dans le cadre de la promotion des activités du club et de la Fédération (obligatoire pour la licence).
- ☐ Je souhaite participer à des **cyclosporives** (épreuves à allure libre ou chronométrées).

** Si oui, joindre obligatoirement un certificat médical d'aptitude au cyclisme en compétition datant de moins de 12 mois.*

Fait à :

Le :

Signature du licencié(e) ou représentant légal :

(À signer ici, puis une 2e fois sur la déclaration du licencié, page 3)



Déclaration du licencié 2027

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) : Molières Cyclo Sport

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'Areas et Redion 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 la formule : MB ☐ PB ☐ 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)

Notice d'information (résumé des garanties) : [consultez-la en ligne](#)

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 AIAC Courtage et les assureurs, 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@aiac.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75009 PARIS. 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.