Renouvellement le CMNCI n’est pas obligatoire sauf si vous avez répondu OUI à une case de l’autoquestionnaire.de santé

Première adhésion (le certificat médical de non contre-indication (CMNCI) est obligatoire

**1er licencié :**

Nom :  Prénom :  N° de licence : 

Date de naissance :  Adresse : 

Code postal :  Ville :  C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\KAPV4G5Q\Telephone_model_PTT24-IMG_9919[1].jpg

C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\8EFIRD4R\mobile-1976104_960_720[1].png C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\BYZTNTSJ\at-sign-1083508_960_720[1].png 

**Personne à prévenir en cas d’accident :**

Nom :  Prénom :  C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\KAPV4G5Q\Telephone_model_PTT24-IMG_9919[1].jpg

**2ème licencié :**

Nom :  Prénom :  N° de licence : 

Date de naissance :  Adresse : 

Code postal :  Ville :  C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\KAPV4G5Q\Telephone_model_PTT24-IMG_9919[1].jpg

C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\8EFIRD4R\mobile-1976104_960_720[1].png C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\BYZTNTSJ\at-sign-1083508_960_720[1].png 

**Personne à prévenir en cas d’accident :**

Nom :  Prénom :  C:\Users\Pierre-Yves\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\IE\KAPV4G5Q\Telephone_model_PTT24-IMG_9919[1].jpg

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | **FAMILLE ou INDIVIDUEL** | | | | | | |
| **MINI BRAQUET (A)**  **CATEGORIE** | **PETIT BRAQUET (A)** | **GRAND BRAQUET (A)** |  | **Cotisation**  **Ristourne challenge (C)**  **Club (obligatoire)** | |  | **TOTAL**  **(A)+(B)-(C)** |
| **1er ADULTE** | 49,50 € | 51,50 € | 101,50 € | | 5,00 € | **€** | **€** |
| **2ème ADULTE** | 34,00 € | 36,00€ | 86,00 € | | 5,00 € | **€** | **€** |
| **Jeune de 18 à 25 ans** | 33,00 € | 35,00 € | 85,00 € | | 5,00 € | **€** | **€** |
| **Jeune de – 18 ans** | 17,50 € | 18,50 € | 68,50 € | | gratuit | **€** | **€** |
| **JEUNES DE 6 ans et moins** | **Gratuit** | | 50,00 € | | gratuit | **€** | **€** |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| **ABONNEMENT REVUE** | Gratuit **\*\*** |  | 28,00 € | |  |  | **€** |
| TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT | | | | | |  | **€** |

**- \*\*Pour tout nouvel adhérent**

Dans le cadre de la licence dématérialisée, je peux imprimer ma licence**:**

**oui  non**

**CONSTITUTION DU DOSSIER D’INSCRIPTION AU CLUB**

• Le présent bulletin d’inscription signé

• Un chèque à l’ordre des Randonneurs Modéniens du montant correspondant aux options choisies

Le CMNCI pour les nouveaux licenciés

**1er licencié**

**EN ADHÉRANT AU CLUB DES RANDONNEURS MODENIENS**

****• Je m’engage à respecter scrupuleusement le Code de la route

OUI NON

• J’accepte de rétrocéder mon image au travers de photos, films ou tout autre support de communication

OUI NON

• J’autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club :



J'atteste sur l’honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis par mon club.

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 Cliquez ici pour entrer une date. Signature obligatoire 1er licencié

**2ème licencié**

**EN ADHÉRANT AU CLUB DES RANDONNEURS MODENIENS**

****• Je m’engage à respecter scrupuleusement le Code de la route

OUI NON

• J’accepte de rétrocéder mon image au travers de photos, films ou tout autre support de communication

OUI NON

• J’autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club :



J'atteste sur l’honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis par mon club.

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 Cliquez ici pour entrer une date. Signature obligatoire 2ème licencié

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Notice d’information AXA Assistance

Déclaration du licencié - Saison 2024

À retourner obligatoirement au Club (ou à la FFCT pour les membres individuels)

Je soussigné(e)

1er licencié : Nom : , prénom : 

2ème licencié : Nom : , prénom : 

Déclare :

• Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d’information relative au contrat d’assurance souscrit par la FFCT auprès d’AXA 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 FFCT,

• Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes : Indemnité Journalière forfaitaire  Complément Décès/Invalidité

• Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à Monnaie, le Cliquez ici pour entrer une date.

Signature du 1er licencié signature du 2ème licencié