



LES CYCLOTOURISTES GRANGEAIS

Espace Rémy ROURE
Allée du 22 janvier 1963
07500 GUILHERAND –GRANGES

Mail : lescyclosgrangeois@gmail.com
<https://lescyclotouristesgrangeois.fr>

Président
Jean Marc SYLVESTRE
516 rue André MALRAUX
Résidence Ariane
07500 GUILHERAND GRANGES
Tél 06 10 01 34 37
jmsylvestre07@gmail.com

ADULTES ou JEUNES 18-25 ANS

LICENCE DU 1^{er} septembre 2026 au 31 décembre 2027
Référence FFCT n° Club : 01200

Pour bien remplir ce document :

1. Compléter le cadre **INFORMATIONS**
2. Compléter dater et signer le cadre **ASSURANCE**
3. Compléter dater et signer le cadre **CHOIX DE LA LICENCE**
4. Compléter dater et signer le cadre **QUESTIONNAIRE SANTE**

☐ Attention, le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est strictement personnel et ne doit en aucun cas être communiqué à la Fédération ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

Merci de retourner obligatoirement l'imprimé rempli, page 1 à 3, avec votre règlement à l'ordre des « Cyclotouristes-Grangeois » :
Au siège du club : **CYCLOS GRANGEAIS** - Espace Rémy Roure - Allée du 22 janvier 1963 – 07500 Guilhaud-Granges
Pour tous renseignements contacter Jean-Marc Sylvestre au 06 10 01 34 37

INFORMATIONS

NOM

PRENOMNé(e) le / /

ADRESSE

Code Postal.....Ville.....

Nationalité.....

Tel mobile.....

Mail.....
(en lettres majuscules)

N° LICENCE :

☒ J'autorise les Cyclos Grangeois à communiquer aux licenciés du club :

Mon adresse courriel

☐ oui

☐ non

Mon n° mobile

☐ Oui

☐ non

SIGNATURE

☐ J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.

☐ J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.

☐ Je participe à des cycloportives*.

bien vouloir nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition datant de moins de 12 mois.

Photo
d'identité

Cadre
réservé
CTG

Ch. du/...../202..... N° sur

Formule **P.B.** **G.B.** **RANDO** **SPORT** **VAE** **Famille**

Certificat médical du/...../202..... Enregistré le/...../ 202.....

CHOIX DE LA LICENCE

			TOTAL		
JEUNE 18/25 ans	☐	Petit Braquet 51,00 €	☐	Grand Braquet 101,00 €	
					+
ADULTE	☐	Mini Braquet 65,00 €	☐	Petit Braquet 67,00 €	
					+
FAMILLE	☐	Mini Braquet 65,00 €	☐	Petit Braquet 67,00 €	
1 ^{er} adulte	☐	Mini Braquet 65,00 €	☐	Petit Braquet 67,00 €	
					+
2 ^{eme} adulte	☐	Mini Braquet 50,00 €	☐	Petit Braquet 52,00 €	
					+
Abonnement revue fédérale (facultatif) , pour 1 an:					
					=
Pratique du VAE* oui ☐ non ☐					
*Si j'utilise un VAE je m'engage à ce que celui-ci soit conforme à la législation en cours					
TOTAL A REGLER					

Mini Braquet : Responsabilité civile + défense recours

Petit Braquet : Mini braquet + accident corporel et rapatriement

Grand Braquet : Petit Braquet + Dommage au vélo

- ✓ **Un test à l'effort de moins de 2 ans est recommandé en cas de problème cardiaque**
- ✓ **En adhérant au club je m'engage à respecter scrupuleusement le code de la route, les statuts et règlements de la Fédération Française de Cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion**

SIGNATURE

Fait à

Le :/...../.....

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.
J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

SIGNATURE

Fait à

Le :/...../.....

ATTENTION

Bien penser à remplir et signer le document **ASSURANCE « Déclaration du licencié 2026 »**



Faites votre déclaration d'accident dans les 5 jours à l'aide du formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne dans votre espace licencié.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription, contactez aiac courtage :

N° VERT : 0 800 886 486

E-mail : assurance-ffvelo@aiac.fr



12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail : l.blondeau@ffvelo.fr

www.ffvelo.fr



Convention n°58 225 249

Ligne dédiée 24/7

Depuis la France : 01 41 85 95 26

Depuis l'étranger : (+33) 1 41 85 95 26



Déclaration du licencié 2026

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) : _____

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 Europ Assistance 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)

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.



QUESTIONNAIRE SANTÉ



À compter de la saison 2024 - Ce questionnaire est strictement personnel

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles.

Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

SI RÉPONSE POSITIVE
À UNE DES QUESTIONS
SUIVANTES,
IL EST INDISPENSABLE DE
CONSULTER UN MÉDECIN
AVANT REPRISE DE L'EN-
TRAÎNEMENT OU CYCLOS-
PORTIVE.

1 LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- > Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?
- > Avez-vous ressenti des palpitations ? Les palpitations sont une perception inhabituelle des battements cardiaques irréguliers et/ou rapides de durée brève ou plus ou moins prolongée.
- > Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?
- > Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort ?
- > Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?



☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir bien pris note de ces questions et comprends que certains symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé, et représenter potentiellement un risque vital. Je m'engage à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE
DES QUESTIONS SUIVANTES,
IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR
PRIS AVIS AUPRÈS
D'UN MÉDECIN SUR UNE
CONTRE-INDICATION OU SUR
UN BILAN PRÉALABLE À LA
PRATIQUE INTENSIVE.

2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES

- > Avez-vous repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical après 45 ans (femme) ou 35 ans (homme) pour évaluer votre risque cardiovasculaire ?
- > Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle)
- > Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements.
- > Poursuivez-vous la pratique de cyclosportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?
- > Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- > Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?
- > Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.



☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

comprendre que certains antécédents familiaux, les facteurs de risques cardiovasculaires, et certaines pathologies chroniques peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et doivent faire prendre avis auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée. De même, je comprends qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur ma pratique et ses risques.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE
DES QUESTIONS SUIVANTES,
IL EST RECOMMANDÉ DE
PRENDRE CONSEIL AUPRÈS
D'UN MÉDECIN SUR UNE
CONTRE-INDICATION
TEMPORAIRE ÉVENTUELLE

3 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- > Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?
- > Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?
- > Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- > Avez-vous été anorexique ? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?
- > Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?
- > Avez-vous eu un traumatisme crânien ?
- > Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?



☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.