

LES CYCLOTOURISTES GRANGEOS



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} janvier 2026 au 31 décembre 2026
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 et 2**, avec votre règlement à l'ordre des « Cyclotouristes-Grangeois » :

Au siège du club : **CYCLOS GRANGEOS** - Espace Rémy Roure - Allée du 22 janvier 1963 – 07500 Guilherand-Granges

Pour tous renseignements contacter Jean-Marc Sylvestre au 06 10 01 34 37

INFORMATIONS

NOM

PRENOM Né(e) le /...../.....

Photo
d'identité

ADRESSE

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

Nationalité.....

Tel mobile.....

Mail.....
(en lettres majuscules)

N° LICENCE :

SIGNATURE

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

Mon adresse courriel oui non
Mon n° mobile Oui non

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

Cadre
réservé
CTG

Ch. du/..... /202..... N° sur

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

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

ASSURANCE

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) : LES CYCLOTOURISTES GRANGEOS

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)

CHOIX DE LA LICENCE

JEUNE 18/25 ans	<i>Mini Braquet</i> 51,00 €	<i>Petit Braquet</i> 51,00 €	<i>Grand Braquet</i> 101,00 €	TOTAL
ADULTE	<i>Mini Braquet</i> 65,00 €	<i>Petit Braquet</i> 67,00 €	<i>Grand Braquet</i> 117,00 €	+
FAMILLE	<i>Mini Braquet</i> 65,00 €	<i>Petit Braquet</i> 67,00 €	<i>Grand Braquet</i> 117,00 €	+
1 ^{er} adulte				
2 ^{eme} adulte	<i>Mini Braquet</i> 50,00 €	<i>Petit Braquet</i> 52,00 €	<i>Grand Braquet</i> 102,00 €	+
Abonnement revue fédérale (facultatif) , pour 1 an:			<i>32,00 €</i>	=

*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

- ✓ 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

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 : / /



Questionnaire à conserver par l'adhérent



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 CYCLO-
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 cyclo sportive 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 inexplicable ?
- > 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 inexplicable 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.