



FÉDÉRATION FRANÇAISE  
DE CYCLOTOURISME



**cycloévasion**  
UN SPORT, UNE PASSION, UN CLUB  
Saint-Hilaire-de-Brethmas (Gard)

## SAISON 2024 – 2025 - JEUNE

- Renouvellement
- Première adhésion

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nom de naissance : ..... Date de naissance ( / / )

Commune de naissance : ..... Département de naissance : .....

Pays de naissance\* : ..... Lieu de naissance\* : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... ✉ : .....

\* Pour les personnes nées à l'étranger

### TARIF DE L'ADHESION - VTT

- Jeunes, licence petit braquet avec maillot du club : 70.00 euros  
Taille du maillot : .....
- Manche longue ou courte:.....



## CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

(Règlement à faire par CB sur le site) :

Le présent dossier comprenant :

- Le bulletin d'adhésion
- Le questionnaire de santé
- Fiche de renseignement
- Autorisation parentale
- Autorisation du droit à l'image
- Autorisation parentale de rentrer seul (enfant de plus de 10 ans)
- La notice d'information de l'assureur signée

### 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

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 cyclosporatives\*.

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

Fait le ..... Signature obligatoire du licencié(e) ou du représentant légal pour les mineurs

Arrêté du 7 mai 2021

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille  un garçon Ton âge :  ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative

Date.....

Signature(s) de la(des) personnes exerçant l'autorité parentale



## ATTESTATION QS – JEUNES

**Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :**

Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation ci-dessous à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club qui la conservera.

**Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :**

Vous devez obligatoirement remettre à votre club ou à la Fédération (si vous êtes membre individuel) un certificat médical. Celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins de 6 mois par rapport à la date de la demande de licence.

Par ailleurs, nous vous informons que le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est strictement personnel et ne doit en aucun cas être communiqué à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

.....✂.....

## ATTESTATION QS – JEUNES

A compléter, à signer et à remettre obligatoirement à la Fédération pour les membres individuels ou au club pour les licenciés appartenant à une structure.

Je soussigné(e) :..... né(e) le : .....

Pour les mineurs représentant légal de :..... né(e) le : .....

N° de licence

**Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS – JEUNES) qui m'a été remis par la Fédération (ou par le club).**

Et

**Atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé.**

Et

**Reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.**

Fait à .....

le .....

Signature(s) de la(des) personnes exerçant l'autorité parentale

Signature



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU JEUNE

CNJ / DTN • août 2020

### I . ENFANT

NOM : NOM d'usage : Sexe :

Prénoms :

Né(e) le : Lieu de naissance (commune et département) (1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. portable : Taille maillot : Taille vélo : Niveau : Groupe :

### II . RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 NOM de naissance : Autorité parentale :

NOM d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : N° de poste :

Courriel :

Parent 2 NOM de naissance : Autorité parentale :

NOM d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : N° de poste :

Courriel :

Autre responsable légal

NOM de naissance :

Autorité parentale :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

N° de poste :

Courriel :

### III . INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRE

(1) Pays si hors de France



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

## AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

CNJ / DTN • février 2020

Nom du club

N° fédéral

Je soussigné(e) père, mère ou représentant légal :

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Email

Tél. fixe

Tél. portable

Autorise l'enfant :

Nom

Prénom

À participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte accompagnateur, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations particulières des parents :

Atteste avoir remis la fiche sanitaire au responsable de l'encadrement, avec tous les renseignements concernant la santé de l'enfant et les directives en cas de nécessité.

Et autorise le responsable de l'encadrement :

Nom

Prénom

À prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant l'enfant susnommé

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à

Le

Signature, (Précédée de la mention « lu et approuvé »)





## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Nom et Prénom (parent) .....  
Demeurant à.....  
mon enfant .....

conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, **j'autorise** l'association CYCLOEVASION dont le siège est situé à : 1 place du Stade 30560 St Hilaire de Brethmas et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors des randonnées hebdomadaires et événement ponctuel (forum des associations, concentration du Mas de la barque, la Saint Hilairoise etc).

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association Cycloévasion sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment pour la :

- communication interne (bulletins d'information, rapports d'activité, etc.),
- communication externe (site web de l'association, presse, réseaux sociaux, affiches, dépliants, etc.),
- promotion des activités de l'association.

L'association Cycloévasion s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable. Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom. Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français. Toute personne ayant donné son consentement à l'utilisation de son image peut, à tout moment, exercer son droit de retrait. Pour cela, il suffit de contacter l'association à l'adresse suivante : [webmaster@cycloevasion.com](mailto:webmaster@cycloevasion.com)

\*\*Pour plus d'informations : consulter la page « mentions légales RGPD » sur le site [cycloevasion.com](http://cycloevasion.com)

Fait à \_\_\_\_\_,

Le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



**cycloévasion**  
un sport, une passion, un club  
Saint-Hilaire-de-Brethmas (Gard)

**Ce document est à remplir seulement dans le cas où votre enfant rentre seul  
(enfant de plus de 10 ans) après la randonnée du samedi**

Nom du responsable légal :: .....

Adresse : .....

Tél : .....

E-mail : .....

Je soussigné(e) : ..... autorise mon  
enfant : .....

A rentrer seul(e) après la randonnée du club Cycloévasion le samedi vers  
16h30.

Par conséquent, je décharge Cycloévasion Pour Tous de toute responsabilité.

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

# Résumé de la notice d'information

## Saison 2025



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

**Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération [www.ffvelo.fr](http://www.ffvelo.fr) ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues [www.cabinet-gomis-garrigues.fr](http://www.cabinet-gomis-garrigues.fr)**

**En choisissant votre option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :**

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
→ Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ Décès ACV/AVC <sup>(1)</sup> : • En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans, • en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise Non acquise	1 500€ 3 000€	2 500€ 7 500€	
→ Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont : Prothèse dentaire : • par dent (maxi 4) • bris de prothèse Lunettes : • par verre • par monture Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale) Actes non prescrits et non remboursables	Non acquise	3 000€  250€ 500€  120€ 200€ 500€ 3 séances à 50€	3 000€  250€ 500€  120€ 200€ 500€ 3 séances à 50€	
→ Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ Assistance dont : • Rapatriement (lieu de résidence situé en France) • Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance • Frais de recherches, de secours et d'évacuation <b>TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE</b> <b>AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement</b>	Non acquise	Frais réels 10 000€  3 000€	Frais réels 10 000€  3 000€	
→ Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8% par an max 70%) : • Casque • Cardio-fréquencemètre • Equipements vestimentaires • GPS • Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles	Non acquise	80€ 100€ Non acquise Non acquise Non acquise	80€ 100€ 160€ 300€ 1 500€	Franchises Néant Néant 30€ 30€ 100€

## Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
  - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
  - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
- d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
  - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
  - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
  - de maladie ;
  - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

## I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

### 1. Les Indemnités Journalières (Bulletin N°1 Annexe 2 du Guide du Licencié)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>e</sup> jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

**Cotisation : 30€ TTC** en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

### 2. Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu)	25 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5%	50 000€ <sup>(1)</sup>

(1) En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

**Cotisation : 25€ ou 50€** pour capitaux ci-dessus doublés.

## Pour toutes informations : vos contacts



Amplitude Assurances  
Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES



ASSISTANCE

### AMPLITUDE ASSURANCES Céline Gomis - Philippe Garrigues

17 Boulevard de Gare  
31500 TOULOUSE  
N°Orias : 20005657 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Téléphone : 05 61 52 19 19  
E-mail :  
[contact@amplitude-assurances.fr](mailto:contact@amplitude-assurances.fr)

[www.cabinet-gomis-garrigues.fr](http://www.cabinet-gomis-garrigues.fr)

### LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

12 Rue Louis Bertrand  
CS 80045  
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82  
E-mail :  
[l.blondeau@ffvelo.fr](mailto:l.blondeau@ffvelo.fr)

[www.ffvelo.fr](http://www.ffvelo.fr)

### AXA ASSISTANCE

Convention n° 0804137  
Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24  
01 55 92 12 94

## II. La protection de vos données personnelles

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 AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, 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@cabinet-gomis-garrigues.fr](mailto:contact@cabinet-gomis-garrigues.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues – Délégué à la Protection des Données – 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. 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.



### Déclaration du licencié - Saison 2025

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'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 Fédération
- Avoir choisi une formule MB  PB  ou GB  et les options suivantes :  
Indemnité Journalière  forfaitaire Complément Décès/Invalidité   
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Signature du licencié souscripteur  
(ou du représentant légal pour le mineur)

Fait à ..... le