Les «Zifoun's » Vtt Chambly

FORMULAIRE D'ADHÉSION ZIFOUN'S VTT CHAMBLY 2023-2024

☐ Première adhésion ☐ Renouvellement

Nom : …… **Prénom :** …… **Surnom :** ……

Date de naissance : …….....**Ville de naissance :** ……

Adresse actuelle : ……..

Code postal : …… **Ville :**……..

☎ **Personnel :** …… ☎ **En cas d'urgence :** ……..

✉ **:**……..

Être en situation d'handicap : …… **Type d'handicap :** ……

FORMULES DE LICENCES **N° de licence**……..

☐ **Licence Fédérale**

ASSURANCE ☐ **Mini Braquet** ☐ **Petit Braquet** ☐ **Grand Braquet**

OPTIONS ASSURANCE / CATEGORIE	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	49,50 € ☐	51,50 € ☐	101,50 € ☐	35 €	€
JEUNE – 18 ANS	33,00 € ☐	35,00 € ☐	85,00 € ☐	20 €	€
JEUNE (18 à 25 ans)	33,00 € ☐	35,00 € ☐	85,00 € ☐	35 €	€
BENEVOLE				35 €	€
FAMILLE					
1er ADULTE	49,50 € ☐	51,50 € ☐	101,50 € ☐	35 €	€
2ème ADULTE	34,00 € ☐	36,00 € ☐	86,00 € ☐	35 €	€
JEUNE – 18 ANS	17,50 € ☐	18.50 € ☐	68,50 € ☐	20 €	€
JEUNE (18 à 25 ans)	33,00 € ☐	35,00 € ☐	85,00 € ☐	35 €	€
Enfants de 6 ans et moins	xxxxxx	xxxxxx	50,00 € ☐	0€	€
ABONNEMENT REVUE	28 € (23€/an pour tout nouvel adhérent la première année) ☐				€
				TOTAL :	€

- **CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB LES ZIFOUN'S VVT CHAMBLY.**
- Le présent bulletin d'inscription signé,
- La feuille concernant les droits à l'image,
- L'autorisation parentale pour les mineurs
- □ autorise mon enfant ou □ n'autorise pas mon enfant à se déplacer dans le véhicule personnel du responsable de l'activité, des parents d'autres enfants, dirigeants de l'association Les Zifoun's (cocher la case qui vous convient)
- La décharge parentale pour les mineurs (autorisation de rentrer seul à la maison)
- L'attestation VAE, pour les personnes ayant un Velo à Assistance Electrique,
- Un chèque à l'ordre de Les Zifoun's VTT CHAMBLY correspondant aux options choisies,
- Le questionnaire de santé QS SPORT (à remplir et à conserver)
- • Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club, son règlement intérieur et les informations de ce dossier d'adhésion

☐ 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 : ……...Signature obligatoire : …….....

Je soussigné : ……. (NOM et PRENOM) + [éventuellement si l'adhésion concerne un mineur° agissant en qualité de représentant légal de …….. (NOM DU MINEUR) :

- Reconnaît avoir été informé que l'adhésion au club s'accompagne de la prise de la licence à la FFCT.
- Reconnaît que l'adhésion au club entraîne l'acceptation du statut de l'association, du règlement intérieur du club ainsi que celui de la FFCT.
- Atteste avoir pris connaissance de la notice d'information concernant les garanties d'assurance proposées avec la licence ainsi que les garanties de personnes facultatives et avoir remis au club l'accusé d'information et d'adhésion aux contrats d'assurance FFCT dûment signé.

Autorisez-vous le club à utiliser pour la saison année _____ , votre image à des fins non commerciales sur tout type de support (affiche, site Internet, You tube, réseaux sociaux etc.) ?

- ▪ oui
- ▪ non

L'association et la FFCT pourront être amenés à utiliser vos données personnelles (notamment l'adresse électronique pour des finalités fédérales (notamment envoi de l'attestation de licence). A cette fin, les informations collectées seront susceptibles de donner lieu à un traitement informatique par le club et la FFCT.

Par ailleurs, acceptez-vous de recevoir des offres pour les évènements de la FFCT et des offres commerciales de la part du club partenaire ?

- ▪ oui
- ▪ non

À tout moment, conformément à l'article de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant.

Pour l'exercice de ces droits, vous êtes invités à vous adresser :

- Au Club : PELISSIER Gérald, 20 Place Charles Drouineau 60230 Chambly.
- Et à la FFCT : www.ffct.org

Date :

Signature du membre ou de son représentant légal

RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2024

(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 ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues 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[1] :**				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	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 :**	Non acquise	3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)		250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€	
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ **Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive**	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ **Assistance dont :**	Non acquise			
▪ Rapatriement		Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€	
TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement				
→ **Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :**	Non acquise			Franchises
▪ Casque		80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	100€

[1] *Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.*

1 Résumé de la notice d'information Saison 2024

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 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 4e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365e 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 4e 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€[1]

[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

17 Boulevarld de Gare
31500 TOULOUSE
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

Téléphone : 05 61 52 19 19

E-mail :
contact@amplitude-assurances.fr

Site internet :
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

Site internet :
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 pourrons 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 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 2024

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 ☐

Fait à ..... le

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

Certificat Médical

Je, soussigné Mr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de :

M/Mme _____

Date de naissance : _____

Age : _____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en loisir ou en compétition.

Certificat établi à :

_____

Date : _____ Signature du Médecin _____

Autorisation parentale

Je soussigné (e) (Nom et Prénom du représentant légal) : _____

Demeurant à (adresse complète) :

_____

_____

Numéro de téléphone (en cas d'urgence) :

_____

Nom et prénom de l'enfant :

_____

Né (e) le date et lieu de naissance :

_____

Demeurant à (adresse complète) :

_____

Autorise mon fils, ma fille (rayer les mentions inutiles)
A effectuer les sorties de l'Association « Les Zifoun's Vtt Chambly ».

Recommandations des parents (médicales ou sur les activités) :

_____

Suit-il un traitement particulier ?

_____

Si oui, joindre la prescription médicale.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour les activités.

Je, soussigné(e) (1) : _____ père, mère ou tuteur légal, autorise (4) les responsables de l'Association les Zifoun's Vtt Chambly, à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale qui s'avérerait urgente, sur avis médical,

Concernant le jeune (3) :

_____

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Décharge Parentale

Je soussigné……, parent ou tuteur légal de

…… (nom complet dudit mineur),

Cochez la case correspondant ci-dessous à votre choix :

Autorisation de rentrer seul vers le domicile

☐ Adresse du domicile vers lequel le mineur est autorisé à rentrer seul :

Numéro, Rue : ……
Code postale :……
Commune : ……

Lorsqu'il participe aux sorties du Club Zifoun's VTT Chambly, J'autorise mon enfant à effectuer seul les trajets d'aller et de retour entre son domicile mentionné ci-dessus et l'espace Carnot 60230 CHAMBLY

Je déclare avoir connaissance du fait qu'alors, la responsabilité du club et de l'encadrement ne pourra pas être engagée en cas d'accident survenu au cours desdits trajets.

Refus d'autorisation de rentrer seul vers le domicile

☐ Je n'autorise pas mon enfant à effectuer seul les trajets d'aller et de retour entre son domicile mentionné ci-dessus et l'espace Carnot lorsqu'il participe aux sorties du Club Zifoun's VTT Chambly. En conséquence, je m'engage à assurer moi-même l'encadrement dudit mineur à ces occasions.

Si exceptionnellement une modification de cette situation devait intervenir, je m'engage à faire parvenir antérieurement un écrit à l'encadrement faisant état de cette modification temporaire.

Date et Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvée » :

La Charte du Pratiquant Vtt

Soucieuse du respect de l'environnement, d'une cohabitation harmonieuse avec les autres usagers des espaces naturels et d'une pratique en toute sécurité, la Fédération française de cyclotourisme édite une charte du pratiquant VTT, destinée à rappeler les principes de base à suivre avant de s'élancer sur les chemins et sentiers.

- Je reste courtois(e) avec les autres usagers et je reste discret(ète),
- Je maîtrise ma vitesse en toutes circonstances,
- Je dépasse avec précaution les randonneurs pédestres et équestres qui restent toujours prioritaires,
- Je respecte la nature et les propriétés privées,
- Je roule impérativement sur les sentiers balisés et ouverts au public,
- Je m'interdis de pénétrer en sous-bois et dans les parcelles de régénération,
- J'informe d'autres personnes de mon itinéraire et je ne pars jamais seul(e),
- J'emporte avec moi un nécessaire de réparation, une trousse de première urgence et une carte détaillée du parcours,
- Je prends connaissance à l'avance des difficultés, de la distance du trajet choisi et je ne prends pas de risques inutiles,
- Je m'informe des conditions météorologiques avant de partir,
- J'observe le Code de la route en tous lieux et toutes circonstances,
- Je porte toujours un casque.

La Charte du Pratiquant Vtt

(Vélo à Assistance Electrique)

Rappels :

Le cyclotourisme est une activité sportive de loisir et de plein air, touristique et culturelle, excluant la compétition, et pratiquée sans but lucratif.

Démarche et conditions d'application :

Le licencié transmet la charte ci-dessous signée à son club d'appartenance

Ou

Au siège fédéral de la FFCT pour les membres individuels, 12 rue Louis Bertrand, CS 80045
94207 Ivry sur Seine.

L'assureur fédéral prend en compte le vélo à assistance électrique utilisé selon les modalités définies par la FFCT. Pour les licenciés qui ne seraient pas assurés par l'assureur fédéral, il leur faudra vérifier que leur assureur garantit l'utilisation du VAE.
L'usage du VAE sera autorisé pendant les sorties individuelles, les sorties du club et l'ensemble des manifestations de cyclotourisme organisées par le FFCT, ses clubs et ses structures, à l'exception des manifestations suivantes :

- Les Brevets de longue distance type (Diagonale, Brevet randonneur, Brevet de longue distance, Audax, Flèches),
- les cyclo montagnardes,
- les organisations spéciales jeunes et écoles de cyclotourisme (Critérium, BER, Aiglon Audax, etc.)

La pratique du VAE c'est aussi une possibilité pour accueillir les personnes ayant des problèmes de santé ou physiques, et pouvoir ainsi leur permettre de prolonger ou d'intégrer la pratique du Cyclotourisme.

Le licencié pratiquant le VAE, s'engage :

- à respecter les principes fondamentaux du cyclotourisme.
- à ne pas modifier son vélo à assistance électrique afin que celui-ci conserve son fonctionnement d'assistance et sa vitesse limitée à 25 km/h.
- à respecter la vitesse des groupes fréquentés, à ne pas se tenir en tête du groupe et ne pas lui servir d'entraineur.

Date : ……/……/……

Nom : …… Prénom : ……

N° Licence (si déjà licencié) : ……

Nom du club : ***Association Les Zifoun's***

N° du département pour les membres Individuels : ……

Signature : ……

Facture certifiée de l'association

Nom : _____

Prénom : _____

Discipline : _____

Coût global : _____

Numéro d'agrément : _____

Coordonnée du club :

_____

_____

Cachet et signature du président :

Le :

FORMULAIRE D'ADHÉSION CLUB

Exemplaire original à conserver au club

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB (accompagné de votre règlement) :

POUR LES ADULTES

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

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

☐ 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

POUR LES JEUNES DE -18 ans

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

☐ Je fournis un certificat médical de moins de 6 mois (cyclotourisme).
Ou
J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-JEUNES) 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.

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 cyclosportives*.

*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.

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

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

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'ENTRAÎNEMENT OU CYCLOSPORTIVE.

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.