



Adhésion au Club Breizh Troopers 2024

Première adhésion le CMNCI* est obligatoire sauf pour la formule Vélo Balade

*CMNCI : Certificat médical de non contre indication à la pratique du VTT.

NOM : Adresse Postale :
PRENOM :
Adresse mail : Code Postal :
N°Portable : Ville :
N° de Licence : Date de naissance :
Ville de Naissance :

Personne a prévenir si besoin :

Nom : PRENOM : Tél :

FORMULES DE LICENCES 2024

Vélo Balade (sans CMNCI) Vélo Rando (avec CMNCI) Vélo Sport (avec CMNCI pour la compétition)

Options Abonnement + assurances +cotisation club				
Catégorie	Petit Braquet (A)	Grand Braquet(B)	Cotisation Club	Total (A+C ou B+C)
Adulte	51,50€	101,50€	10€	€
Jeunes -18 ans	35€	85€	10€	€
Jeunes(18-25 ans)	35€	85€	10€	€
Familles :				
1 ^{er} adulte	51,50€	101,50€	10€	€
2 ^{ème} adulte	36€	86€	10€	€
Jeunes -18 ans	18,50€	68,50€	10€	€
Jeunes (18-25ans)	35€	85€	10€	€
Enfants 6 ans et moins	0	0	0€	€

Abonnement Revue FFVelo (11 numeros) : 23€ /an nouvel adhérent et 28€ /an

TOTAL : OPTIONS ASSURANCE +ABONNEMENT + REVUE €

Constitution du dossier d'adhésion au Club des Breizh Troopers :

- le présent bulletin d'adhésion
- la notice d'information d'assurance AXA a signer
- un chèque à l'ordre de "Breizh Troopers"
- un certificat médical de moins de 6 mois (formule cyclotourisme ou compétition)

Transmettre le dossier complet à Stéphane RIOU en main propre ou par courrier au 18 rue Surcouf 29710 PLONEIS

En Adhérent au Club des Breizh Troopers :

- je m'engage a respecter les statuts, le règlement intérieur de l'association et le code de la route,
- j'autorise l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion du club : oui non
- j'autorise la publication de mes coordonnées aux autres adhérents du club ,
- je fournis un certificat médical valide pour la pratique du VTT en randonnée ou en compétition
- j'atteste sur l'honneur avoir renseigné le Questionnaire de Santé qui m'a été remis par mon club et j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative a toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relève de ma responsabilité exclusive.

Fait leà

Signature :