



Adhésion au Club Breizh Troopers 2025

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 2025

Options Abonnement + assurances +cotisation club				
Catégorie	Petit Braquet (A)	Grand Braquet(B)	Cotisation Club	Total (A+C ou B+C)
Adulte + 25 ans	54,50€	106€	10€	€
Jeunes 18/25 ans	38€	89.50€	10€	€
Jeunes -18 ans	13.50€	65€	10€	€
Familles :				
1 ^{er} adulte +25 ans	54,50€	106€	10€	€
2 ^{ème} adulte +25 ans	39€	90.50€	10€	€
Jeunes (18-25ans)	38€	89.50€	10€	€
Jeunes 7-17 ans *	21€	72€	10€	€
Enfants - 7 ans *	0	51.50€	0€	€
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE +ABONNEMENT + REVUE				€

Abonnement Revue FFVelo (11 numéros) : 27€ /an nouvel adhérent et 32€ /an

*Une licence d'un mineur ne peut être souscrite qu'avec une licence d'un adulte qui a l'autorité parentale.

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

- Le présent bulletin d'adhésion
- La notice d'information d'assurance AXA à 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 à 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 à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait le à

Signature :