



Club Cyclotouriste Bouloonnais



N° SIRET : 503 758 773 00017
 Mail : clubcyclobouloonnais@gmail.com
 Site internet : <http://www.ccb31.fr>
 Siège social : Mairie de 31350 Boulogne/Gesse

**BULLETIN D'ADHESION 2021 à adresser ou remettre,
 Si possible, au Secrétaire avant le 30/01/2021**

Je soussigné(e) NOM Prénom
 Né(e) le à
 Demeurant à
 N° de téléphone Adresse mail

OPTEZ POUR LA FORMULE SUIVANTE
(mettre une croix dans la case qui se trouve après la somme à régler)

Assurance : Catégorie :	Mini braquet	Petit braquet	Grand braquet
Adulte sans revue	53	55	103
Adulte avec revue	78	80	128
FAMILLE			
1 ^{er} Adulte sans revue	53	55	103
1 ^{er} Adulte avec revue	78	80	128
2 ^e Adulte	37.50	39.50	87.50
Jeune (18 à 25 ans)	31	33	81
Jeune (- 18 ans)	10	16.50	64.50
Jeune (18 à 25 ans)	36.50	38.50	86.50
Jeune (- 18 ans)	10	22	70

Pour la formule « Famille » garnir le tableau ci-dessous :

Nom et prénom	Date et lieu de naissance
2 ^e adulte	
Moins de 25 ans	

Formules de licences (rayer les mentions inutiles) : VELO BALADE – VELO RANDO – VELO SPORT

Ci-joint, un chèque à l'ordre du CCB d'un montant de : €
(La cotisation de 10 € au CCB est incluse dans le montant ci-dessus)

A le
 (Signature obligatoire)



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception* et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE SAISON 2021

EN FORMULE « **VELO-RANDO** »

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez le renouvellement de votre licence en formule « **VELO RANDO** » pour la saison 2021 et vous aviez fourni un certificat médical datant de 2017, de 2018, de 2019 ou 2020.

Vous trouverez joint à votre bulletin d'adhésion 2021 le **"questionnaire de santé"** (Cerfa n°15699*01) que **vous devez obligatoirement renseigner et conserver.**

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

- Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation saison 2021 ci-dessous à la Fédération 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 la Fédération ou à votre club un certificat médical, celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins d'un an 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 ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.**



ATTESTATION- SAISON 2021

À compléter, à signer et à remettre obligatoirement à la Fédération (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-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par la Fédération (ou par le 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 à, le

--	--	--	--	--	--

Signature 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.

ANNEXE 2 : BULLETINS DE SOUSCRIPTION DES LICENCIÉS - SAISON 2021



Amplitude Assurances
Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES



Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | |

☎ _____ (obligatoire) _____ @ _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | Ville : _____

Nom du Club : _____

N° Licence de la Fédération (obligatoire) : _____



Bulletin N° 1 : Assurances optionnelles Indemnités Journalières, Invalidité Permanente, Décès

Je soussigné(e), déclare : _____

- avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération pour le compte de ses adhérents auprès d'Axa ;
- avoir été informé par la notice d'information de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais Médicaux, Indemnité Journalière) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération ;
- avoir choisi en complément de l'assurance de base, les garanties optionnelles suivantes :
 - Indemnité Journalière en cas d'accident ➡ Cotisation : 25€
- En complément des formules PB et GB

Décès ⁽¹⁾	25 000€	50 000€	Total cotisation <input type="text"/>
Invalidité permanente totale ⁽¹⁾ (réduction partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise ≤ 5 %	50 000€	100 000€	
Cotisation	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 40 €	

⁽¹⁾ Tout évènement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu.

Les garanties prennent effet à compter de la réception par l'assureur du bulletin de souscription, accompagné du règlement correspondant et cesseront de produire leurs effets le 31/12/2021. Elles seront automatiquement maintenues jusqu'au 28/02/2022 sous réserve du renouvellement de la licence auprès de la Fédération et du paiement de la cotisation correspondante.

Fait à le | | | | | | | | | |

Signature

À renvoyer à Amplitude Assurances Gomis-Garrigues
17 boulevard de la Gare - 31500 Toulouse avec votre
règlement par chèque à l'ordre d'Amplitude Assurances

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 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.

Fait à le | | | | | | | | | |

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

ANNEXE 2 : BULLETINS DE SOUSCRIPTION DES LICENCIÉS - SAISON 2021



Amplitude Assurances
Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES



Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | |

☎ _____ (obligatoire) _____ @ _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | Ville : _____

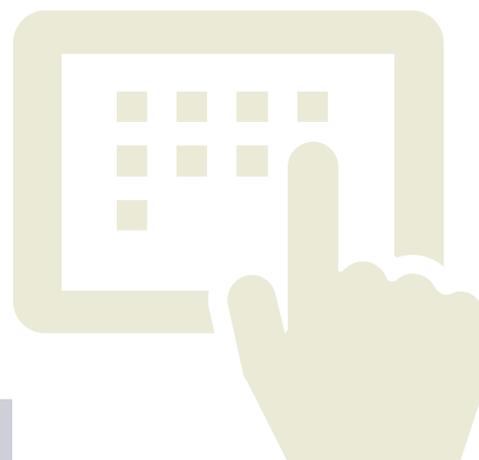
Nom du Club : _____

N° Licence de la Fédération (obligatoire) : _____



Bulletin N° 2 : Assurance des vélos

	1	2	3
Année d'achat			
Valeur d'achat			
Marque			
N° de cadre			
Couleur			



✓ Formule 1 - Garantie Vol du vélo en complément de la licence Grand Braquet

	Montant de garantie	Nombre	Cotisation	Total cotisation
Vélo, tricycle	1 500€		X 20€	0€
Tandem	3 000€		X 40€	0€

Montant de garantie : à concurrence de la valeur d'achat diminuée d'une vétusté de 8 % par an (maximum 70 %), sans excéder 1 500€ pour un vélo et 3 000€ pour un tandem.

Une franchise de 100€ est appliquée en vol.

✓ Formule 2 - Garantie Dommages au vélo ou Garantie Vol/Dommages au vélo en complément de la licence Grand Braquet

Âge du vélo	Valeur d'achat du vélo et de ses accessoires	Coefficient	Garantie Dommage seule	Garantie Dommage + Vol	Cotisation	Total cotisation
Exemple : 2 à 3 ans	3 000€	x 0,85	x 2,5 %	ou x 5 %	127,50 €	
< 1 an		X 1	x 2,5 %	ou x 5 %		
1 à 2 ans		X 0,92	x 2,5 %	ou x 5 %		
2 à 3 ans		X 0,85	x 2,5 %	ou x 5 %		
3 à 4 ans		X 0,78	x 2,5 %	ou x 5 %		
4 à 5 ans		X 0,72	x 2,5 %	ou x 5 %		
5 à 6 ans		X 0,66	x 2,5 %	ou x 5 %		
> 6 ans		X 0,60	x 2,5 %	ou x 5 %		

Montant de garantie à concurrence de la valeur d'achat diminuée d'une vétusté de 8 % par an (maximum 70 % plafonné à 10 000€). Une franchise de 100€ est appliquée en vol et dommages.

Les garanties prennent effet à compter de la réception par l'assureur du bulletin de souscription, accompagné du règlement correspondant et cesseront de produire leurs effets au 31/12/2021. Elles seront automatiquement maintenues jusqu'au 28/02/2022 sous réserve du renouvellement de la licence auprès de la Fédération et du paiement de la cotisation correspondante.

Fait à le | | | | | |

Signature

À renvoyer à Amplitude Assurances Gomis-Garrigues
17 boulevard de la Gare - 31500 Toulouse avec votre
règlement par chèque à l'ordre d'Amplitude Assurances

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 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.

Fait à le | | | | | | | | | |

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