



FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL

DEMANDE de LICENCE CYCLISME 2021

N° de Licence :

Date de validation (à remplir par la Commission):

CLUB :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :// Sexe :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tel Domicile :/...../...../..... Port :...../...../...../...../...../.....

E-mail :

RENSEIGNEMENTS à FOURNIR OBLIGATOIREMENT *

***AVEZ-VOUS DEJA PRATIQUE LE CYCLISME EN COMPETITION ?**

OUI

NON

*** EN QUELLE ANNEE (dernière date) :**

*** QUELLE(S) FEDERATION(S)**

FSGT

UFOLEP

FFC

*** QUELLE(S) CATEGORIE(S) DE VALEUR**

.....

.....

.....Nbre pts.....

*** QUEL(S) CLUB(S) :**

CATEGORIE DE LICENCE

Dirigeant (Fonction au sein du club)
 Pré licencié(e) né(e) après 2015
 Poussin né en 2013 & 2014
 Pupille né en 2011 & 2012
 Benjamin né en 2009 & 2010
 Minime né en 2007 & 2008
 Cadet né en 2005 & 2006
 Junior né en 2003 & 2004
 Espoir né en 1999-00-01-02
 Senior né de 1980 à 1998
 Vétéran né de 1972 à 1981
 Super Vétéran né de 1962 à 1971
 Ancien né en 1961 et avant

Catégorie de Valeur

Route	Cyclo-cross	VTT

Autorisation Parentale

(pour les mineurs)
 Nous soussignés Mr ou Mme
 Autorisons notre enfant
 A participer aux compétitions cyclistes
 A le
 Signature

Certificat Médical

Le médecin soussigné certifie que le demandeur ne présente aucune contre-indication à la pratique du Cyclisme en Compétition.

A le
 Signature et cachet obligatoires.

OU

Attestation (valable 3 ans)

J'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FSGT et avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N° 15699*01) qui m'a été remis par mon club / association. 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.

A le
 Signature

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Je soussigné (e) atteste avoir reçu et pris connaissance des conditions générales valant notice d'information des garanties individuelles Accident.

***J'ai décidé :**

De souscrire les garanties de base individuelle Accident

De ne pas souscrire les garanties de base individuelle Accident

Je soussigné (e) atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative au contrat de prévoyance SPORTMUT FSGT ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique des activités garanties en sus des garanties de base individuelles Accident.

De souscrire aux garanties complémentaires SPORTMUT

De ne pas souscrire aux garanties complémentaires SPORTMUT

Fait à : Le :

Signature du demandeur (Précédée de la mention, lu et approuvé)

Signature du Président & cachet du club