

COMITE : YVELINES

Adresse : 7 rue Veuve Fleuret, 78130 LES MUREAUX

Tel : 01 34 74 84 93



DEMANDE de LICENCE saison 2026 -2027

CLUB : ASMD CYCLISME

N° de licence :

NOM :

Prénom :

Adresse:

.....

Code Postal :

Ville :

Tel dom. :

Tel port. :

e-mail :

Date de naissance :

Sexe : Féminin.....Masculin.....

Nationalité :

Signature du Demandeur

RENSEIGNEMENTS

AVEZ-VOUS DEJA PRATIQUE LE CYCLISME EN COMPETITION ? OUI / NON

EN QUELLE ANNEE (dernière date) :

A QUELLE FEDERATION AVEZ-VOUS ETE AFFILIE : F S G T / F F C / UFOLEP

QUELLE CLASSIFICATION (amateur, professionnel)

QUELLE CATEGORIE DE VALEUR.....

QUEL CLUB :

CATEGORIE DE LICENCE

- ☐ Dirigeant
- ☐ Cadet (15 et 16 ans)
- ☐ Juniors (17 et 18 ans)
- ☐ Espoirs (19 à 22 ans)
- ☐ Seniors (23 à 39 ans)
- ☐ Vétérans (40 à 49 ans)
- ☐ Super Vétérans (50 à 59 ans)
- ☐ Anciens (60 à 69)
- ☐ Super Anciens (>70)

ACTIVITE

- ☐ Route
- ☐ Cyclocross
- ☐ Piste
- ☐ VTT
- ☐ Cyclotourisme
- ☐ Gravel

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

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

- ☒ De souscrire les garanties de base individuelle accident
- ☐ De ne pas souscrire les garanties de base individuelle accident

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative au contrat de prévoyance MARSH 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 individuelle accident.

- ☐ De souscrire aux garanties complémentaires Marsh
- ☐ De ne pas souscrire garanties complémentaires Marsh

Signature précédée de la mention <<lu et approuvé>>. Pour les mineurs, signature des parents ou des représentants légaux.

Fait à Le.....

Signature :.....