FORMULAIRE D'ADHÉSION ZIFOUN'S VTT CHAMBLY 2027

☐ Première adhésion ☐ Renouvellement

Nom : ..... **Prénom :** ..... **Surnom :** .....

Date de naissance : .....**Ville de naissance :** .....

Adresse actuelle : .....

Code postal : ..... **Ville :** .....

☎ **Personnel :** ..... ☎ **En cas d'urgence :** .....

✉ :.....

Être en situation d'handicap : ..... **Type d'handicap :** .....

FORMULES DE LICENCES **N° de licence**.....

☐ **Adulte Accompagnateur qui participe à l'encadrement des sorties jeunes.**

ASSURANCE ☐ **Mini Braquet** ☐ **Petit Braquet** ☐ **Grand Braquet**

OPTIONS ASSURANCE / CATEGORIE	MINI BRAQUET (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	57,00 € ☐	59,00 € ☐	109,00 € ☐	38 €	€
ADULTE (18 à 25 ans)	40,50 € ☐	42,50 € ☐	92,50 € ☐	38 €	€
MINEURS -18 ANS (EFV)		15,50 € ☐	65,50 € ☐	36.50 €	€
BENEVOLE				35 €	€
FAMILLE					
1er ADULTE + 25 ans	57,00 € ☐	59,00 € ☐	109,00 € ☐	38 €	€
2ème ADULTE + 25 ans	41,50 € ☐	43,50 € ☐	93,50€ ☐	38 €	€
ADULTE 18/25 ANS	40,50 € ☐	42,50 € ☐	92,50 € ☐	38 €	€
MINEURS 7ans et +	23,00 € ☐	24,00 € ☐	74,00 € ☐	36.50 €	€
ABONNEMENT REVUE	35 € (30 €/an pour tout nouvel adhérent la première année) ☐				€
				TOTAL :	€

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB LES ZIFOUN'S VVT CHAMBLY.

- Le présent bulletin d'inscription signé,
- La feuille concernant les droits à l'image,
- L'autorisation parentale pour les mineurs
- ☐ autorise mon enfant ou ☐ n'autorise pas mon enfant à se déplacer dans le véhicule personnel du responsable de l'activité, des parents d'autres enfants, dirigeants de l'association Les Zifoun's . (cocher la case qui vous convient).
- La décharge parentale pour les mineurs (autorisation de rentrer seul à la maison).
- L'attestation VAE, pour les personnes ayant un Vélo à Assistance Electrique.
- Un chèque à l'ordre de **Les Zifoun's VTT CHAMBLY** correspondant aux options choisies.
- Le questionnaire de santé QS SPORT (à remplir et à conserver).
- ☐ Adulte Accompagnateur qui participe à l'encadrement des sorties jeunes dans le respect relatif au contrôle de l'honorabilité. .
- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club, son règlement intérieur et les informations de ce dossier d'adhésion.

☐ J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club.
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 : .....Signature obligatoire : .....

ANNEXE 2

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

ATTESTATION ADULTE ACCOMPAGNATEUR

Mise à jour novembre 2024

Afin de permettre l'accueil d'un plus grand nombre de jeunes dans les clubs, la Fédération française de cyclotourisme a créé le statut « Adulte accompagnateur » qui remplace celui de « Adulte expérimenté ».

L'adulte accompagnateur participe à l'encadrement des sorties dans le respect de l'article 6 relatif au contrôle de l'honorabilité et de l'article 9 relatif à la composition des binômes pour l'encadrement du groupe, tel que stipulé dans la Règlementation générale de l'accueil des mineurs au sein d'un club.

Ce dispositif est un moyen pour inciter la personne à s'engager dans le processus de formation fédérale (Animateur – Initiateur – Moniteur).

Conditions

> Être licencié au sein de la Fédération française de cyclotourisme.
> Pratiquer régulièrement l'activité Route - VTT - Gravel.
> Être motivé(e) par l'encadrement des activités Jeunes.
> Remplir l'obligation d'honorabilité dans l'espace « Licences » Art.L212-9 et L212610 Code du sport.

Compétences

> Être attentif au comportement des jeunes et à leur écoute.
> Être capable de contrôler le vélo avant de partir en randonnée.
> Être capable de transmettre les consignes de sécurité en randonnée.
> Avoir un niveau technique de la pratique du vélo « confirmé ».

Comportement attendu

> Accompagner le groupe avec vigilance.
> Avoir un comportement irréprochable (respect des règles, des jeunes et des consignes).
> Veiller au partage de l'espace (route et chemins).
> Utiliser un vélo conforme aux prescriptions du Code de la route.
> Être capable de donner des conseils techniques de base aux jeunes.
> Porter un casque réglementaire.

Déroulement des activités

L'adulte accompagnateur applique les consignes dictées par l'éducateur présent lors de l'activité et le référent nommé par le président du club (horaires, déroulement de la sortie, exercices, sécurité, etc.).

L'attestation est délivrée pour l'année par le président du club auprès duquel l'encadrant va intervenir après avis du responsable des éducateurs, le cas échéant.

Nom ..... Prénom .....

Président du club ..... Numéro fédéral .....

Atteste que

Nom ..... Prénom .....

Licencié(e) au club ..... Numéro fédéral .....

remplit les conditions pour être « Adulte accompagnateur » et participer, sous la responsabilité d'un éducateur qualifié (Initiateur, Moniteur, Instructeur) ou du président du club le cas échéant, à l'encadrement des jeunes.

Certifié exact le ..... À .....

Le président	L'éducateur de la structure Jeunes	L'intéressé

Je soussigné : …….. (NOM et PRENOM) + [éventuellement si l'adhésion concerne un mineur° agissant en qualité de représentant légal de …….. (NOM DU MINEUR) :

- Reconnaît avoir été informé que l'adhésion au club s'accompagne de la prise de la licence à la FFCT.
- Reconnaît que l'adhésion au club entraîne l'acceptation du statut de l'association, du règlement intérieur du club ainsi que celui de la FFCT.
- Atteste avoir pris connaissance de la notice d'information concernant les garanties d'assurance proposées avec la licence ainsi que les garanties de personnes facultatives et avoir remis au club l'accusé d'information et d'adhésion aux contrats d'assurance FFCT dûment signé.

Autorisez-vous le club à utiliser pour la saison année _____, votre image à des fins non commerciales sur tout type de support (affiche, site Internet, You tube, réseaux sociaux etc.) ?

- ☐ oui
- ☐ non

L'association et la FFCT pourront être amenés à utiliser vos données personnelles (notamment l'adresse électronique pour des finalités fédérales (notamment envoi de l'attestation de licence). A cette fin, les informations collectées seront susceptibles de donner lieu à un traitement informatique par le club et la FFCT.

Par ailleurs, acceptez-vous de recevoir des offres pour les évènements de la FFCT et des offres commerciales de la part du club partenaire ?

- ☐ oui
- ☐ non

À tout moment, conformément à l'article de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant.

Pour l'exercice de ces droits, vous êtes invités à vous adresser :

- Au Club : PELISSIER Gérald, 20 Place Charles Drouineau 60230 Chambly.
- Et à la FFCT : www.ffct.org

Date :

Signature du membre ou de son représentant légal

Notice d'information relative aux assurances incluses dans votre licence FFVélo - Saison 2027

(Conformément aux articles L321-1, L321-4, L321-5 et L321-6 du Code du sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)
Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo (contrat d'assurances AREAS n° 001051968T) et de la convention d'Assistance (Redion n° 58 225 249) souscrits par votre Fédération. Ce document vous est remis afin :

- De vous informer qu'outre des garanties couvrant la Responsabilité Ci vile et la Défense Pénale et Recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération Française de Cyclotourisme ;
- D'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les Accidents Corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide assurances Licenciés et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié ou sur le site de la Fédération www.ffvelo.fr.

En choisissant son option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
Responsabilité Civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
Décès accidentel	Non acquise	5 000 €	15 000 €	
Décès ACV/AVC : En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans En présence du test à l'effort de moins de 2 ans Pour être valable le test à l'effortdoitavoirétéréaliséavant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours	Non acquise	1 500 € 3 000 €	2 500 € 7 500 €	
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5 %	Non acquise	30 000 € versé en totalité si taux d'invalidité > 66 %	60 000 € versé en totalité si taux d'invalidité > 66 %	
Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité sociale, dont :		3 000 €	3 000 €	
Prothèse dentaire : • par dent (maxi 4) • bris de prothèse Lunettes : • par verre • par monture Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)	Non acquise	250 € 500 € 120 € 200 € 500 €	250 € 500 € 120 € 200 € 500 €	
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000 €	3 000 €	
Assistance dont : • Rapatriement (lieu de résidence situé en France) • Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance • Frais de recherches, de secours et d'évacuation **TOUJOURS APPELER REDION AU 01.41.85.95.26 avant toute décision de rapatriement ou engagement de dépenses**	Non acquise	Frais réels 152 500 € 15 000 €	Frais réels 152 500 € 15 000 €	
Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %)	Non acquise	Montants maximum	Montants maximum	Franchises
• Casque • Equipements vestimentaires • GPS • Dommages au Vélo y compris catastrophes naturelles		80 € Non acquise Non acquise Non acquise	80 € 160 € 300 € 1 500 €	Néant 30 € 30 € 100 €

Demeurent exclus de la garantie des Accidents Corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, du bénéficiaireoudu souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiantsetdeproduitstoxiquesnonordonnésmédicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
  - De tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - De tout engin destiné à irradier ou à exploser par modificationdunoyaudel'atome,etdeleurdécontamination;
  - De l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
  - D'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fi xé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
  - D'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - De la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
  - D'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
  - De maladie ;
  - D'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certifi cat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

Les garanties optionnelles proposées

Uniquement si le licencié a adhéré à l'option proposée (en ligne via son espace licencié).

1. Les Indemnités Journalières

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30 € par jour, à compter du 4e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365e jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la diff érence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifi cations) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30 € par jour, à compter du 4e jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 30 € TTC en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.
Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

2. Complément de garantie Invalidité permanente et Décès

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montants du capital supplémentaire	Montants du capital supplémentaire
Décès (tout événement d'origine cardiovasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)	25 000 €	50 000 €
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000 € [1]	100 000 € [1]
	Un taux d'invalidité permanent supérieur ou égal à 66 % donnera lieu au versement de 100 % du capital	
Cotisation annuelle en complément de la licence	25 € TTC	50 € TTC

Vos contacts

Faites votre déclaration d'accident dans les 5 jours à l'aide du formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne dans votre espace licencié.
Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription, contactez aiac courtage :

N° VERT : 0 800 886 486
Email : assurance-ffvelo@aiac.fr

12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82
Email : l.blondeau@ffvelo.fr
www.ffvelo.fr

Convention n° 58 225 249

Ligne dédiée 24/7
Depuis la France : 01 41 85 95 26
Depuis l'étranger : (+33) 1 41 85 95 26

Déclaration du licencié 2027

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) : _____

né(e) le : _____/_____/_____

Pour le mineur représentant légal de _____

Né(e) le : _____/_____/_____

Licencié de la Fédération à (nom du Club) : _____

Déclare :

☐ Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Areas et Redion pour le compte de ses adhérents ;

☐ Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité permanente, Frais médicaux et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération ;

☐ Avoir choisi la formule : MB ☐ PB ☐ GB ☐

et les options suivantes :

☐ Indemnité Journalière forfaitaire ☐ Complément Décès/Invalidité ☐ Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

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

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 pourrons 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 toute-fois jamais utilisées à des fi ns 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 AIAC Courtage et les assureurs, 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@aiac.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75009 PARIS. 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.

Notice d'information assurances FFVélo – Page 3/3

Certificat Médical

Je, soussigné Mr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de :

M/Mme _____

Date de naissance : _____

Age : _____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en loisir ou en compétition.

Certificat établi à :

_____

Date : _____ Signature du Médecin _____

Autorisation parentale

Je soussigné (e) (Nom et Prénom du représentant légal) : _____

Demeurant à (adresse complète) :

_____

_____

Numéro de téléphone (en cas d'urgence) :

_____

Nom et prénom de l'enfant :

_____

Né (e) le date et lieu de naissance :

_____

Demeurant à (adresse complète) :

_____

Autorise mon fils, ma fille (rayer les mentions inutiles)
A effectuer les sorties de l'Association « Les Zifoun's Vtt Chambly ».

Recommandations des parents (médicales ou sur les activités) :

_____

Suit-il un traitement particulier ?

_____

Si oui, joindre la prescription médicale.

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour les activités.

Je, soussigné(e) (1) : _____ père, mère ou tuteur légal, autorise (4) les responsables de l'Association les Zifoun's Vtt Chambly, à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale qui s'avérerait urgente, sur avis médical,

Concernant le jeune (3) :

_____

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Décharge Parentale

Je soussigné……, parent ou tuteur légal de

…… (nom complet dudit mineur),

Cochez la case correspondant ci-dessous à votre choix :

Autorisation de rentrer seul vers le domicile

☐ Adresse du domicile vers lequel le mineur est autorisé à rentrer seul :

Numéro, Rue :
……
Code postale :……
Commune :
……..

Lorsqu'il participe aux sorties du Club Zifoun's VTT Chambly, J'autorise mon enfant à effectuer seul les trajets d'aller et de retour entre son domicile mentionné ci-dessus et l'espace Carnot 60230 CHAMBLY

Je déclare avoir connaissance du fait qu'alors, la responsabilité du club et de l'encadrement ne pourra pas être engagée en cas d'accident survenu au cours desdits trajets.

Refus d'autorisation de rentrer seul vers le domicile

☐ Je n'autorise pas mon enfant à effectuer seul les trajets d'aller et de retour entre son domicile mentionné ci-dessus et l'espace Carnot lorsqu'il participe aux sorties du Club Zifoun's VTT Chambly. En conséquence, je m'engage à assurer moi-même l'encadrement dudit mineur à ces occasions.

Si exceptionnellement une modification de cette situation devait intervenir, je m'engage à faire parvenir antérieurement un écrit à l'encadrement faisant état de cette modification temporaire.

Date et Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvée » :

La Charte du Pratiquant Vtt

Soucieuse du respect de l'environnement, d'une cohabitation harmonieuse avec les autres usagers des espaces naturels et d'une pratique en toute sécurité, la Fédération française de cyclotourisme édite une charte du pratiquant VTT, destinée à rappeler les principes de base à suivre avant de s'élancer sur les chemins et sentiers.

- Je reste courtois(e) avec les autres usagers et je reste discret(ète),
- Je maîtrise ma vitesse en toutes circonstances,
- Je dépasse avec précaution les randonneurs pédestres et équestres qui restent toujours prioritaires,
- Je respecte la nature et les propriétés privées,
- Je roule impérativement sur les sentiers balisés et ouverts au public,
- Je m'interdis de pénétrer en sous-bois et dans les parcelles de régénération,
- J'informe d'autres personnes de mon itinéraire et je ne pars jamais seul(e),
- J'emporte avec moi un nécessaire de réparation, une trousse de première urgence et une carte détaillée du parcours,
- Je prends connaissance à l'avance des difficultés, de la distance du trajet choisi et je ne prends pas de risques inutiles,
- Je m'informe des conditions météorologiques avant de partir,
- J'observe le Code de la route en tous lieux et toutes circonstances,
- Je porte toujours un casque.

La Charte du Pratiquant Vtt

(Vélo à Assistance Electrique)

Rappels :

Le cyclotourisme est une activité sportive de loisir et de plein air, touristique et culturelle, excluant la compétition, et pratiquée sans but lucratif.

Démarche et conditions d'application :

Le licencié transmet la charte ci-dessous signée à son club d'appartenance

Ou

Au siège fédéral de la FFCT pour les membres individuels, 12 rue Louis Bertrand, CS 80045
94207 Ivry sur Seine.

L'assureur fédéral prend en compte le vélo à assistance électrique utilisé selon les modalités définies par la FFCT. Pour les licenciés qui ne seraient pas assurés par l'assureur fédéral, il leur faudra vérifier que leur assureur garantit l'utilisation du VAE.
L'usage du VAE sera autorisé pendant les sorties individuelles, les sorties du club et l'ensemble des manifestations de cyclotourisme organisées par le FFCT, ses clubs et ses structures, à l'exception des manifestations suivantes :

- Les Brevets de longue distance type (Diagonale, Brevet randonneur, Brevet de longue distance, Audax, Flèches),
- les cyclo montagnardes,
- les organisations spéciales jeunes et écoles de cyclotourisme (Critérium, BER, Aiglon Audax, etc.)

La pratique du VAE c'est aussi une possibilité pour accueillir les personnes ayant des problèmes de santé ou physiques, et pouvoir ainsi leur permettre de prolonger ou d'intégrer la pratique du Cyclotourisme.

Le licencié pratiquant le VAE, s'engage :

- à respecter les principes fondamentaux du cyclotourisme.
- à ne pas modifier son vélo à assistance électrique afin que celui-ci conserve son fonctionnement d'assistance et sa vitesse limitée à 25 km/h.
- à respecter la vitesse des groupes fréquentés, à ne pas se tenir en tête du groupe et ne pas lui servir d'entraineur.

Date : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom :
.....

N° Licence (si déjà licencié) :
.....

Nom du club : ***Association Les Zifoun's***

N° du département pour les membres Individuels :
.....

Signature :

.....

Facture certifiée de l'association

Nom : _____

Prénom : _____

Discipline : _____

Coût global : _____

Numéro d'agrément : _____

Coordonnée du club :

_____

_____

Cachet et signature du président :

Le :

ANNEXE 1

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

QUESTIONNAIRE SANTÉ - QS SPORT

Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé.
Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation ci-dessous :
> au club pour les Écoles françaises de vélo ;
> à la Fédération pour les mineurs licenciés en Famille et rattachés à un membre individuel.

Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé.
Vous devez obligatoirement remettre un certificat médical :
> au club pour les Écoles françaises de vélo ;
> à la Fédération pour les mineurs licenciés en Famille et rattachés à un membre individuel.

Celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme et dater de moins de six mois 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.**

À compléter, à signer et à remettre obligatoirement à la Fédération pour les mineurs licenciés en Famille et rattachés à un membre individuel ou au club pour les licenciés mineurs au sein d'une structure.

Je soussigné(e) : .....

[Pour mineurs] - Représentant légal de .....

Né(e) le ..... N° de licence .....

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé QS-Sport qui m'a été remis par la Fédération (ou par le club).

Et

Atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

Et

Reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à ..... Le .....

Signature(s) de la (des) personnes exerçant l'autorité parentale.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

À remplir en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence à la Fédération française de cyclotourisme.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es ☐ une fille ☐ un garçon Ton âge : . . . . . ans	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
Depuis un certain temps (deux semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
À faire remplir par les parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

DATE ET SIGNATURE PARENTALE

9 / 14

FORMULAIRE D'ADHÉSION CLUB
Exemplaire original à conserver au club

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB (accompagné de votre règlement) :

POUR LES ADULTES

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'information de l'assureur signée

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

☐ J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.
J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

POUR LES JEUNES DE -18 ans

- Le présent bulletin d'inscription signé
- La notice d'information de l'assureur signée

☐ Je fournis un certificat médical de moins de 6 mois (cyclotourisme).
Ou
J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-JEUNES) qui m'a été remis par mon club.

☐ 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.

EN ADHÉRANT AU CLUB :

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion

☐ J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.

☐ J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.

☐ Je participe à des cyclosportives*.

*Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de **non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition** datant de moins de 12 mois.

Fait le ..... Signature obligatoire 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.

QUESTIONNAIRE SANTÉ

À compter de la saison 2024 - Ce questionnaire est strictement personnel

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles.
Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER UN MÉDECIN AVANT REPRISE DE L'ENTRAÎNEMENT OU CYCLOSPORTIVE.

1 LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

> Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?
> Avez-vous ressenti des palpitations ? Les palpitations sont une perception inhabituelle des battements cardiaques irréguliers et/ou rapides de durée brève ou plus ou moins prolongée.
> Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?
> Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort?
> Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?

☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :
avoir bien pris note de ces questions et comprends que certains symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé, et représenter potentiellement un risque vital. Je m'engage à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR PRIS AVIS AUPRÈS D'UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION OU SUR UN BILAN PRÉALABLE À LA PRATIQUE INTENSIVE.

2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES

> Avez-vous repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical après 45 ans (femme) ou 35 ans (homme) pour évaluer votre risque cardiovasculaire ?
> Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle)
> Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements.
> Poursuivez-vous la pratique de cyclosportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?
> Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
> Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?
> Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.

☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :
comprendre que certains antécédents familiaux, les facteurs de risques cardiovasculaires, et certaines pathologies chroniques peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et doivent faire prendre avis auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée. De même, je comprends qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur ma pratique et ses risques.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE CONSEIL AUPRÈS D'UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION TEMPORAIRE ÉVENTUELLE

3 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

> Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?
> Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?
> Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
> Avez-vous été anorexique? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?
> Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?
> Avez-vous eu un traumatisme crânien ?
> Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :
avoir pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.