



DEMANDE DE LICENCE 2026

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom : N° de licence : | | | | | | | | | | | |

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail : @.....

CATEGORIE	LICENCE + COTISATION CLUB + ASSURANCE LICENCE FFCT (A)	ASSURANCE PETIT BRAQUET (B)	ASSURANCE GRAND BRAQUET (B)	COTISATION CLUB (C)	TOTAL (A)+(B)+(C)
ADULTE	30,50 € <input type="checkbox"/>	26,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	€
FAMILLE					
2 ^{ème} ADULTE PLUS DE 25 ANS [Conjoint(e) d'un(e) licencié(e) ou membre de la famille]	15,00 € <input type="checkbox"/>	26,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	€
FAMILLE					
ADULTE 18-25 ANS	14,00 € <input type="checkbox"/>	26,50 € <input type="checkbox"/>	76,50 € <input type="checkbox"/>	15,00 € <input type="checkbox"/>	€
ABONNEMENT REVUE					
ABONNEMENT REVUE (facultatif)	32,00 € <input type="checkbox"/>				€
PARTICIPATION CLUB	10,00 € <input checked="" type="checkbox"/>				- 10,00 €
TOTAL : LICENCE + ASSURANCE +COTISATION CLUB + ABONNEMENT REVUE (facultatif)					€

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

- J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire santé, j'ai bien pris note de ses 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.

Ce questionnaire de santé est confidentiel, il n'est pas à joindre à la demande de licence.

EN ADHÉRANT AU CLUB :

- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club, de la FFCT et de ses structures, et de nos partenaires.
- J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération. *Obligatoire pour l'affichage de la photo sur la licence*
- Je participe à des cyclosportives et je fournis un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition datant de moins de 12 mois.

Au recto de ce document, ne pas oublier de renseigner et de signer la déclaration du licencié reconnaissant notamment avoir pris connaissance de la notice d'information relative au contrat d'assurance Areas et Europ Assistance.

Fait à

le / /



DEMANDE DE LICENCE 2026

Déclaration du licencié 2026

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) : **CYCLOTOURISTES PORTOIS**

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 Europ Assistance 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 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 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.