

BULLETIN D'ADHESION à L'U.S.O. CYCLO 2018

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____
 Code Postal: _____ Ville: _____
 Téléphone: _____
 Date de Naissance: _____
 e-mail: _____

DISCIPLINE SPORTIVE : Cyclotourisme

Cotisation USO: du 1 OCTOBRE 2017 AU 30 SEPTEMBRE 2018	49.00 €			
Cotisation F.F.C.T.: année 2018	27.50 €			
Option revue F.F.C.T. : 24.00 € €			
Choix de l'Assurance : Formules proposées				
Garanties	Mini-Braquet 14.50 €	Petit-Braquet 16.50 €	Grand-Braquet 64.50 €	
Responsabilité civile	oui	oui	oui	
Recours et Défense pénale	oui	oui	oui	
Accident corporel	non	oui	oui	
Assurance Rapatriement	non	oui	oui	
Dommages au casque / cardio-fréquencemètre (1)	non	oui	oui	
Dommages au vélo	non	non	oui, 1500€ €
Dommages au GPS (2)	non	non	oui, 300€	
Dommages aux équipements vestimentaires	non	non	oui, 160€	
Décès suite à AVC/ACV : capital versé sans présentation d'un test à l'effort de moins de deux ans	non	oui, 1 500 €	oui, 2 500 €	
Décès suite à AVC/ACV : capital versé avec présentation d'un test à l'effort de moins de deux ans	non	oui, 3 000 €	oui, 7 500 €	
Décès suite accident	non	oui, 5 000 €	oui, 15 000 €	
Invalidité IPP	non	oui, 30 000 €	oui, 60 000 €	
(1) Seul le cardio-fréquencemètre à fonction unique est garanti (2) Les Smartphones sont exclus de la formule grand braquet - ACV : accident cardio-vasculaire - AVC : accident vasculo-cérébral - IPP : invalidité partielle permanente				
TOTAL Club + F.F.C.T. + Assurance: A l'ordre de : U.S.O cyclotourisme A envoyer à : Mr Jean-Yves MARIE - USO Cyclotourisme – 37 rue VOLTAIRE - 94490 - ORMESSON SUR MARNE Ou à donner à l'un des membres du bureau au lieu du rendez-vous des sorties			 €

APTITUDE A LA PRATIQUE DU SPORT:

- Je suis mineur **et/ou**
 - Mon certificat médical remis au club a plus de 5 ans **et/ou**
 - J'ai répondu OUI à l'une des questions du formulaire QS-SPORT formulaire Cerfa N°15699*01 joint à ce bulletin
 ☛ **Je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme avec mon bulletin d'adhésion**
 - Je suis majeur **et**
 - Mon certificat médical remis au club a moins de 5 ans **et**
 - J'ai répondu NON à toutes les questions du formulaire QS-SPORT Cerfa N°15699*01 joint à ce bulletin
 ☛ **Je n'ai pas besoin de fournir un nouveau certificat médical et je coche la case NON ci-dessous**
- Vous ATTESTEZ AVOIR répondu NON à toutes les questions du formulaire Cerfa N°15699*01**

SECURITE:

L'adhérent s'engage à respecter toutes les mesures de sécurité et à utiliser tous les équipements de protection préconisés par les fédérations et organes sportifs nationaux et internationaux, tels que lunettes, casques, systèmes de signalisation, etc...

En cas d'enfant mineur, l'accord de l'un des parents ou de la personne exerçant l'autorité parentale est nécessaire.

L'activité sportive est exercée sous l'autorité et la surveillance parentale, en cas de préjudice aucune faute de l'U.S.O. ne pourra être invoquée.

Je m'engage à respecter les statuts de l'U.S.O. et à me conformer aux règlements sportifs. J'accepte les risques inhérents à la pratique de tout sport et je m'engage à ne pas mettre en cause la responsabilité de l'U.S.O. en cas de préjudice.

à Ormesson le..... Signature de l'adhérent, précédée de la mention « lu et approuvé ».

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.