



DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE SAISON 2023

EN FORMULE « **VELO-RANDO** »

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez le renouvellement de votre licence FFCT option « **VELO RANDO** » pour la saison 2023 et vous avez déjà remis un certificat médical pour l'année 2021 et 2020.

Vous trouverez joint à votre bulletin d'adhésion 2023 – membre individuel les deux formulaires mentionnés ci-dessous à savoir :

- Le **questionnaire de santé** (Cerfa n°15699*01) que **vous devez obligatoirement renseigner et conserver** ;
- La présente **attestation – saison 2022** » que **vous devez signer et remettre à la Fédération française de cyclotourisme.**

Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :

- Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation saison 2023 ci-dessous à la FFCT qui la conservera.

Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :

- Vous devez obligatoirement remettre à la FFCT un certificat médical, celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme (Excluant toute forme de compétition) datant de moins d'un an par rapport à la date de la demande de licence FFCT.

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 française de cyclotourisme. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.**

Si vous n'avez pas communiqué de certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins d'un an pour la saison 2023, il faudra impérativement nous le transmettre en même temps que votre bulletin d'adhésion 2023 – membre individuel.



ATTESTATION- SAISON 2023

(À compléter, à signer et à remettre à la FFCT)

Je soussigné(e) : né(e) le

--	--	--	--	--	--

Pour les mineurs représentant légal de né(e) le

--	--	--	--	--	--

N° de licence FFCT :

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par la Fédération française de cyclotourisme. 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.

Fait à, le

--	--	--	--	--	--

Signature du licencié(e) (ou du représentant légal pour les mineur)