

FORMULAIRE D'ADHESION 2026 AU CLUB CYCLO CALAISIEN
Club #04998

Renouvellement N° de licence : [.....|.....|.....|.....|.....]

Première adhésion

Civilité: Madame Monsieur Nom : Prénom:

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

Adresse :

Code postal : [.....|.....|.....|.....] Ville:

Fixe: [.....|.....|.....|.....] Portable : [.....|.....|.....|.....] eMail : @

NUMERIQUE ET RESEAUX SOCIAUX

Possédez vous un smartphone (Apple ou Androïd ?) oui non

Quelle utilisation faites vous de votre smartphone ? téléphone uniquement téléphone + internet

Savez vous prendre une photo ? bien sûr oui, mais il faut qu'on m'explique non, je préfère laisser faire les copains

Souhaitez vous que vos infos mon + prénom + photo soient publiés sur le site cccalais.fr ? oui non

Utilisez vous les réseaux sociaux ?

Réseaux généralistes

	Facebook (Face de bouq)	Compte :
	Instagram (Insta)	Compte :

Autre (Youtube, X, Tik Tok ...) Réseau(x) Compte(s) :

Réseaux cyclistes

	Strava	Compte :
	FFVélo+	Compte :

Autres (Garmin, CCI, Warmshower, ...) Réseau(x) Compte(s) :

	Souhaitez vous utiliser la messagerie WhatsApp pour la communication interne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui si on m'explique	<input type="checkbox"/> non
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------

FORMULES DE LICENCES

	Mini Braquet Responsabilité civile + défense recours	Petit Braquet + accident corporel + rapatriement + dommage au casque	Grand Braquet + dommages à la bicyclette et aux équipements vestimentaires
ADULTE	58,00€ <input type="checkbox"/>	60,00€ <input type="checkbox"/>	110,00€ <input type="checkbox"/>
FAMILLE			
1^{er} ADULTE	58,00€ <input type="checkbox"/>	60,00€ <input type="checkbox"/>	110,00€ <input type="checkbox"/>
2^{ème} ADULTE	42,00€ <input type="checkbox"/>	44,00€ <input type="checkbox"/>	94,00€ <input type="checkbox"/>
ABONNEMENT REVUE			
Nouvel adhérent			23,00€ <input type="checkbox"/>
Ancien licencié			28,00€ <input type="checkbox"/>
TOTAL: OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT			€



FORMULAIRE D'ADHESION 2026 AU CLUB CYCLO CALAISIEN Club #04998

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 AXA 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

EN ADHÉRANT AU CCALAIS :

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 sorties cyclosportives oui non

Pour des raisons pratiques, seules les adhésions déposées avec le paiement au cours d'une réunion du club seront prises en compte.

La prochaine réunion aura lieu lundi 6 janvier 2026. Aucun envoi par courrier ne sera accepté.

Fait le..... Signature obligatoire du licencié(e):



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'ENTRAÎ-
NEMENT 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 ?



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.



SI RÉPONSE POSITIVE À UNE
DES QUESTIONS SUIVANTES, IL
EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE
CONSEIL AUPRÈS D'UN MÉDE-
CIN 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 ?



4 RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE PRATIQUE DU VÉLO (document disponible sur l'Intranet dans la Gestion documentaire).

- LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET LA PRATIQUE CYCLISTE
- CONSEILS NUTRITION
- PRÉVENTION ANTIDOPAGE

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
E-mail : assurance-ffvelo@aiac.fr



12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX
Téléphone : 01 56 20 88 82
E-mail : 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 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) : _____

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.