



Bulletin d'adhésion 2024

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Tel. domicile : _____ Tel. portable : _____

Adresse : _____

email : _____

Président

Olivier SINOT
8A, rue des Garennes
57155 Marly
☎ : 06 80 25 82 70

Secrétaire

Claire GERNOLLE
8, impasse Géo Chavez
57155 Marly
☎ : 06 64 36 70 76

Trésorier

Philippe RAFFIN
53 rue de Frescaty
57950 Montigny-lès-Metz
☎ : 03 87 65 92 88

Siège Social

19, place Pierre de Coubertin
57950 Montigny-lès-Metz

Email

montigny.vn@free.fr

<http://montignyvelonature.fr/>

1/ Droit à l'image club. Je donne autorisation à MVN pour utiliser mon image et ma voix sur le site internet et la page Facebook de MVN.

2/ En m'inscrivant à MVN, je m'engage à respecter le code de la route et toutes signalisations (obligations, interdictions). En cas de non-respect, le club ne saurait être tenu responsable.

3/ Je déclare devenir membre de MVN et m'engage à m'acquitter de la cotisation et de la licence.

- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération (newsletter)
 Droit à l'image FFCT. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.

Pour les adultes 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 avoir pris connaissance des dispositions et recommandations fédérales en matière de santé.

Pour les mineurs J'atteste que l'enfant dont je suis le représentant légal a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques
 Ou je fournis un certificat médical < 6 mois pour la pratique du vélo

Fait à _____, le _____

Signature :

de la personne majeure qui s'inscrit ou du tuteur légal

| Tarifs | Adulte | Jeune (-18 ans) samedis | Jeune (-18 ans) mercredis | 2 ^{ème} adulte (second membre du couple au même domicile) OU frères/sœurs du premier jeune inscrit au club OU 18-25 ans |
|---|---|--|--|--|
| Inscription valable jusqu'au 31/12/2024 | 100 € ¹ 85 € ² | 75 € ¹ 60 € ² | 45 € ¹ 30 € ² | 20 € de moins que les tarifs ci-contre |

¹ Maillot compris lors de la première inscription à MVN / ² pour un renouvellement de licence

| | |
|--|------|
| Revue FFCT « Cyclotourisme » (12 mois) | 28 € |
|--|------|

L'adhésion (part FFCT et part MVN) est valide pour les années civiles. Les renouvellements se font en janvier. Le dossier est constitué du présent bulletin d'inscription signé, de la notice d'assurance signée (en page 3), du règlement de la cotisation (chèque à l'ordre de Montigny Vélo Nature). Pour les jeunes, ajouter la fiche d'inscription à l'école de vélo + la fiche sanitaire de liaison.

Le montant ci-dessus comprend à l'assurance « petit braquet » et la cotisation au club. Des assurances particulières peuvent être contractées : se renseigner auprès du président.

Document à retourner au président.

Pages suivantes, à compléter et signer



Affilié à la :



**Fédération Française de
Cyclotourisme**

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

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 mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge : ans

| Depuis l'année dernière | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | OUI | NON |
| Te sens-tu fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aujourd'hui | OUI | NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents | OUI | NON |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (examen médical 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2024



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 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 et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile 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 Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération www.ffvelo.fr ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues www.cabinet-gomis-garrigues.fr

En choisissant votre 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⁽¹⁾ : | | | | |
| ▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans, | Non acquise | 1 500€ | 2 500€ | |
| ▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans. | Non acquise | 3 000€ | 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) | | 250€ | 250€ | |
| ▪ bris de prothèse | | 500€ | 500€ | |
| Lunette : | | | | |
| ▪ par verre | | 120€ | 120€ | |
| ▪ par monture | | 200€ | 200€ | |
| Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale) | | 500€ | 500€ | |
| Actes non prescrits et non remboursables | | 3 séances à 50€ | 3 séances à 50€ | |
| → Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive | Non acquise | 3 000€ | 3 000€ | |
| → Assistance dont : | | | | |
| ▪ Rapatriement | | Frais réels | Frais réels | |
| ▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance | | 10 000€ | 10 000€ | |
| ▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation | | 3 000€ | 3 000€ | |
| TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement | | | | |
| → Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) : | | | | Franchises |
| ▪ Casque | | 80€ | 80€ | Néant |
| ▪ Cardio-fréquencemètre | | 100€ | 100€ | Néant |
| ▪ Equipements vestimentaires | | Non acquise | 160€ | 30€ |
| ▪ GPS | | Non acquise | 300€ | 30€ |
| ▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles | | Non acquise | 1 500€ | 100€ |

⁽¹⁾ Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
 - 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 fixé 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 certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

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 4^e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365^e jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) 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 4^e 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.

2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

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

| Garanties | Montant du capital supplémentaire |
|--|-----------------------------------|
| Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu) | 25 000€ |
| Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 % | 50 000€ ⁽¹⁾ |

⁽¹⁾ En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

Cotisation : 25€ ou 50€ pour capitaux ci-dessus doublés.

Fiche d'inscription

Ecole Française de Vélo - VTT



Le jeune

| | | | |
|---|--|-------------|--|
| Nom | | | |
| Prénom | | | |
| Né(e) le <small>(jj/mm/aaaa)</small> | | Sexe (G, F) | |
| Portable du jeune | | | |
| Mail du jeune | | | |

Photo obligatoire

De moins de 3 mois, de
bonne qualité, sans
casque ni lunettes de
soleil

Le(s) responsable(s) du jeune

| | Responsable 1 | Responsable 2 | Tierce personne <small>(si parents non joignables)</small> |
|--------------------|---------------|---------------|---|
| Lien avec le jeune | | | |
| Nom | | | |
| Prénom | | | |
| Adresse | | | |
| Mail | | | |
| Tél fixe | | | |
| Portable | | | |
| Tél pro | | | |

| | |
|---|---|
| Assurance Responsabilité Civile | Nom de la compagnie N° de contrat Adresse |
| Organisme de prévoyance (sécurité sociale) | N° d'immatriculation Nom Adresse |
| Organisme complémentaire (mutuelle) | Nom de la compagnie N° de contrat Adresse |

Possibilité de fournir la
photocopie des attestations

J'autorise mon enfant à rentrer
seul après les séances de l'école.

Je n'autorise pas mon enfant à
rentre seul après les séances.

Personnes
pouvant le
raccueillir

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant ci-dessus à participer aux activités de l'école de vélo de
vélo de Montigny Vélo Nature et autorise les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux,
hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____

, le _____

Signature : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

