Bulletin d'adhésion 2026

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Tel. domicile : _____ Tel. portable : _____

Adresse : _____

_____

email : _____

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 pour l'enfant ci-dessus dont je suis le représentant légal avoir renseigné le questionnaire santé, avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques et reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Pour tous ☐ 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	2ème 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 31/12/2025	100 €[1] 85 €[2]	85 €[1] 70 €[2]	50 €[1] 35 €[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)	32 €

L'adhésion (part FFCT et part MVN) est valide pour les années civiles. Les renouvèlements 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, document assurance à compléter et signer

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

Secrétaire
Sandrine
DIDIER-BASTARD
49 rue Robert Schuman
57160 Scy-Chazelles
☎ : 06 20 46 79 98

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
montignyvelonature57
@gmail.com

http://montignyvelonature.fr/

Affilié à la :

Fédération Française de Cyclotourisme

MINEURS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

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.

Notice d'information relative aux assurances incluses dans votre licence FFVELO Saison 2026

(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 (contrat d'assurances AREAS n°001051968T) et de la convention d'Assistance (Europ Assistance n°58 225 249) 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 de la Fédération www.ffvelo.fr

En choisissant son 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 : En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans 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	Non acquise	1 500€ 3 000€	2 500€ 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) • bris de prothèse Lunettes : • par verre • par monture Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)	Non acquise	250€ 500€ 120€ 200€ 500€	250€ 500€ 120€ 200€ 500€
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€
Assistance dont : • Rapatriement (lieu de résidence situé en France) • Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance • Frais de recherches, de secours et d'évacuation **TOUJOURS APPELER EUROP ASSISTANCE AU 01.41.85.95.26 avant toute décision de rapatriement ou engagement de dépenses**	Non acquise	Frais réels 152 500€ 15 000€	Frais réels 152 500€ 15 000€
Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8% par an max 70%)	Non acquise	Montants maximum	Montants maximum / Franchises
• Casque • Equipements vestimentaires • GPS • Dommages au Vélo y compris catastrophes naturelles		80€ Non acquise Non acquise Non acquise	80€ / Néant 160€ / 30€ 300€ / 30€ 1 500€ / 100€

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, et 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 périmée.**
- **Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.**

Les garanties optionnelles proposées

Uniquement si le licencié a adhéré à l'option proposée (en ligne via son espace licencié).

1. Les Indemnités Journalières

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 4e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365e 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 4e 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.
Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

2. Complément de garantie Invalidité permanente et Décès

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

Garanties	Montants du capital supplémentaire	Montants du capital supplémentaire
Décès (tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)	25 000€	50 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5%	50 000€ (1)	100 000€ (1)
	Un taux d'invalidité permanent supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100% du capital	
Cotisation annuelle en complément de la licence	25€ TTC	50€ TTC

(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.
Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

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.

Fiche d'inscription
Ecole Française de vélo - VTT

Le jeune

Nom	
Prénom	
Né(e) le (jj/mm/aaaa)	**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 (si parents non joignables)
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 rentrer seul après les séances.

Personnes pouvant le raccompagner

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 :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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
MEDICAMENTEUSES ☐ 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 :