

☐ Licence annuelle (20,00€) ☐ Licence journalière (10,00€)

☐ Fan club (5,00€)

Nom / Prénom

Adresse complète

Email

Téléphone

Date de naissance

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des engagements du licencié ainsi que du règlement fédéral.
- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence.
- ☐ J'autorise la Fédération Française des Clubs de Voitures à Pédales à utiliser gratuitement mon image, prise lors d'événements organisés par celle-ci, sur tous supports produits par ses soins ou à sa demande (flyer, bannières, site web, vidéo, ...)

Partie médicale : il est **impératif** de consulter et de remplir le questionnaire à l'adresse suivante ou via ce QR Code :
https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15699.do

- ☐ Suite à mes réponses au questionnaire médical je n'ai pas besoin de certificat médical.
- ☐ Suite au questionnaire médical je dois fournir un certificat médical.
- ☐ Je suis un fan club ou une voiture je n'ai pas besoin de certificat.



Signature du demandeur

Signature des parents (mineur)