



## DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE SAISON 2022

EN FORMULE « **VÉLO RANDO** » OU « **VÉLO SPORT** »

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez le renouvellement de votre licence en formule « **VÉLO RANDO** » ou « **VÉLO SPORT** ».

Vous trouverez joint à votre bulletin d'adhésion 2023 le **"questionnaire de santé"** (Cerfa n°15699\*01) que **vous devez obligatoirement renseigner et conserver.**

**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 votre club ou à la Fédération (si vous êtes membre individuel) qui la conservera.

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

- Vous devez obligatoirement remettre à votre club ou à la Fédération (si vous êtes membre individuel) un certificat médical, celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme ou du cyclisme en compétition datant de moins d'un an par rapport à la date de la demande de licence.

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 votre club ou à la Fédération** (si vous êtes membre individuel). **Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.**



## ATTESTATION- SAISON 2023

À compléter, à signer et à remettre obligatoirement à votre club ou à la Fédération ( si vous êtes membre individuel)

Je soussigné(e) : .....né(e) le 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Pour les mineurs représentant légal de.....né(e) le 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

N° de licence : .....

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

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant.  
Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération française de cyclotourisme - 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.