

	<h2 style="color: red;">Section cyclotourisme</h2>	
---	--	---

Bulletin d'inscription

Saison (année) :	
NOM et prénom :	
Adresse :	
Né(e) le :	
Lieu de naissance :	
Tél. domicile :	
Tél portable :	
Courriel :	

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. portable :

Santé

☐ J'ai coché les trois cases du questionnaire santé joint en annexe.

sinon :

☐ Je fournis un certificat médical de moins de trois mois attestant de mon aptitude à la pratique du cyclotourisme.

Assurance

Je déclare :

- avoir pris connaissance du contenu du résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance¹ souscrit par la Fédération Française de Cyclotourisme (FFVELO) auprès d'AIAC Courtage pour le compte de ses adhérents ;

¹ Cf. page 24 du « [Guide Assurances Licenciés – Fédération française de cyclotourisme - Saison 2026](#) »

- avoir été informé de l'intérêt que représente 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 Française de Cyclotourisme ;
- avoir choisi une formule.

Licence

Je choisis la licence :

- ☐ « **Petit braquet** » incluant une assurance responsabilité civile, une assurance rapatriement et une assurance corporelle, pour un montant annuel de **60 €** pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

ou

- ☐ « **Grand braquet** » incluant la formule « Petit braquet » ajoutée d'une assurance pour le vélo, pour un montant annuel de **100 €**.

- ☐ Je souhaite bénéficier d'option(s) d'assurance supplémentaire(s)² :

☐ Indemnité journalière.

☐ Forfait complémentaire invalidité/décès.

ou

- ☐ Je ne souhaite pas bénéficier d'option supplémentaire.

Autorisation de l'image des adhérents

- ☐ J'autorise la section cyclotourisme de l'association ELAN Chevilly-Larue à utiliser ;

mon image

l'image de mon enfant :

nom et prénom :

pour une utilisation de promotion interne au club (résultats dans la presse, affichage, calendrier, site web ou page Facebook du club)³.

- ☐ Je n'autorise pas.

Bulletin d'information (newsletter)

- ☐ J'accepte de recevoir les informations de mon club ou de la fédération française de vélo (FFVELO) par courriel.

- ☐ Je refuse.

Abonnement à la revue « Cyclotourisme »

- ☐ Je m'abonne à la revue « Cyclotourisme » pour un montant annuel de **25 €**.

- ☐ Je ne m'abonne pas.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ ,

Signature :

² Cf. page 16 du « [Guide Assurances Licenciés – Fédération française de cyclotourisme - Saison 2026](#) »

³ rayer les mentions inutiles

Questionnaire santé

Nom et prénom :

Date :

Signature :

SI RÉPONSE POSITIVE
À UNE DES QUESTIONS
SUIVANTES,
IL EST INDISPENSABLE DE
CONSULTER UN MÉDECIN
AVANT REPRISE DE L'EN-
TRAÎNEMENT OU CYCLOS-
PORTIVE.

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 ?



☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir bien pris note de ces questions et comprends que certains symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé, et représenter potentiellement un risque vital. Je m'engage à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.

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.



☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

comprendre que certains antécédents familiaux, les facteurs de risques cardiovasculaires, et certaines pathologies chroniques peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et doivent faire prendre avis auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée. De même, je comprends qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur ma pratique et ses risques.

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



☐ EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.