

FEUILLE D'ADHESION Saison 2024 Club Cyclo - LES VELOS D'AY- Ay Sur Moselle



	NOM:	N	Nom de jeune fill	e:		Licencié :	1
	Prénom :	ı	Nationalité :				
	Date de naissance :	I	Lieu de naissand	ce :			
	Mail:	٦	Γéléphoneport:				
	Adresse :						
	Date du certificat Médical :	1	Pratique : VTT	☐ Route ☐ Route	et VT	T 🗆 VAE 🗆	
	Taille du maillot :						
	NOM:	F	Prénom :			Licencié	2
	Nationalité :						
	Date de naissance :	1	Lieu de naissand	ce :			
	Date du certificat Médical :	1	Pratique : VTT	☐ Route ☐ Route	et VT	T 🗆 VAE 🗆	
		·	Tanquo I III	_ Nodio _ Nodio	0		
	Taille du maillot :						
	dossier d'assurance est dispoi	nible sur le site	Internet du club.				
Po	ur les adultes						
	J'atteste avoir renseigné	•				•	
	J'ai répondu oui à au mo	·	•	re de santé, je fourr	nis un d	certificat médica	l de
Da	moins de 6 mois pour la p ur les mineurs	oratique du velo).				
PO		utia avia la mana	ássatout lással a v	ioné la occastio	:	malatif à l'átat de	
	J'atteste que l'enfant dor du sportif mineur et a rép	•	-	•	onnaire	reiaui a i etat de	e sante
	☐ J'atteste que l'enfant dor	•	_	•	onnaire	relatif à l'état de	e santé
	du sportif mineur et a rép fournis un certificat média	oondu par la po	sitive à au moins	une question du que			
	J'autorise mon enfant à rentre		•	·	non er	fant à rentrer se	ul.
	s pages contenant des zones e jeunes, ajouter la fiche d'inscri						
	illots en dernière page.	iption a recole c	de velo. Pour une	premiere inscriptio	ri, cors	suiter le tableau	ues tailles ut
	, 3						Revue FFC
			2ème ADULTE	JEUNE (-18ans)	JEUN	IE (-18 ans) en	(11
	TARIFS LICENCES 2024	1er ADULTE	en FAMILLE	SEUL		FAMILLE	numéros):
	1ère LICENCE + MAILLOT	85 €	70 €	55 €		50 €	+ 28 €
R	RENOUVELLEMENT LICENCE	F2 6	20.6	21.6		26.6	+ 28 €
	Sans maillot	53 €	38 €	31 €		26 €	

TOTAL cotisation: Date de paiement: Moyen paiement:

Signature demandeur Date : Signature Président

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	d Braquet
Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Ad	cquise
→ Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15	000€
→ Décès ACV/AVC ^(t) :				
■ 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		30 000€		000€
selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative		versé en totalité	versé	en totalité
< 5%	Non acquise	si taux d'invalidité	si taux	d'invalidité
→		> 66%	>	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 :	Non acquise			
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 séar	nces à 50€
Frais de séjour dans un centre de rééducation en	Non acquise	3 000€	3 (000€
traumatologie sportive	TVOIT dequise	3 0000	J (
Assistance dont :				
■ Rapatriement		Frais réels		is réels
Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation		10 000€	10	000€
à l'étranger et avance	Non acquise	3,0006	2.0	000€
Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	5 (000£
TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement				
Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 %				Franchises
par an max 70 %) :				Trancinses
Casque		80€	80€	Néant
Cardio-fréquencemètre	Non acquise	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 précédent 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 périmée.
- 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° jour d'arrêt et ce jusqu'au 365° 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 4º 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	25 000€
cérébral/ AVC est exclu)	
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le	50 000€(1)
taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000€~

⁽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.

Pour toutes informations : vos contacts







AMPLITUDE ASSURANCES Céline Gomis - Philippe Garrigues

17 Boulevarld de Gare31500 TOULOUSE

N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

Téléphone: 05 61 52 19 19

E-mail:

contact@amplitude-assurances.fr

Site internet:

www.cabinet-gomis-garrigues.fr

LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

12 Rue Louis Bertrand CS 80045 94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone: 01 56 20 88 82

E-mail:

I.blondeau@ffvelo.fr

Site internet : www.ffvelo.fr

AXA ASSISTANCE

Convention n° 0804137 Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24 01 55 92 12 94

II. La protection de vos données personnelles

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 AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, 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@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues - Délégué à la Protection des Données - 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. 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.

Péclaration du licencié - Saison 2024	
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	
Licencié de la Fédération à (nom du Club) VELOS d'Ay 07077	
Déclare :	
Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information re auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents	elative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération
Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une acti	-
■ Avoir choisi une formule MB ☐ PB ☒ ou ☐ GB et les options suivantes :	
Indemnité Journalière 🗌 forfaitaire Complément Décès/Invalidité 🗌	
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité Ne retenir aucune option complémentaire proposée	



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur (à conserver par le représentant légal)

<u>Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale</u>: 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.

reponses. Tu peux regarder ton carnet de sante et demander a tes parer	its de t'aider.	
Tu es une fille □ un garçon □ Tor	n 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 séan sport ?	ice de 🗆	
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		
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		
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		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou e	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 au	ns et	
entre 15 et 16 ans)		<u> </u>
Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'	'examine et voit avec toi	auel

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.



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

ATTESTATION QS - JEUNES

Si vous avez répondu « non > à toute les rubriques du questionnaire de santé :

Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation ci-dessous à votre club qui la conservera.

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

Vous devez obligatoirement remettre à votre club un certificat médical. Celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins de 6 mois 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 la Fédération pour les membres individuels ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

••••X•••••••••••••••••••••••••••••••••
••
ATTESTATION QS - JEUNES
A compléter, à signer et à remettre obligatoirement au club pour les licenciés appartenant à une structure.
Je soussigné(e): né(e) le:
Pour les mineurs représentant légal de:né(e) le:né
N° de licence
Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS - JEUNES) qui m'a été remis par le club.
Et
Atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé
Et
Reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive
Fait à le
Signature(s) de la(des) personnes exerçant l'autorité parentale

Questionnaire de santé « QS — SPORT »

MAJEURS

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles. Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

lecessaires au regard des recommandations données.		
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS		
1) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?		
2) 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.?		
3) Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?		
4) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort?		
5) Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?		
LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES		
6) 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 ?		
7) Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle) ?		
8) Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements ?		
9) Poursuivez-vous la pratique de cyclosportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?		
10) Un membre de votre famille (parents, frère, soeur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
11) Un membre de votre famille (parents, frère, soeur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?		
12) Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.		
LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS	MOIS	6
13) Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?		
14) Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?		
15) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
16) Avez-vous été anorexique? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?		
17) Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?		
18) Avez-vous eu un traumatisme crânien ?		
19) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

<u>Si vous avez répondu NON à toutes les questions</u>: pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

<u>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions</u> : certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Tableaux des tailles pour les maillots

Pour les enfants, il est conseillé de prendre une taille de maillot au dessus et une taille de cuissard au dessous (ex : pour un jeune d'1m50, prendre un maillot 152cm et un cuissard 146cm).



TABLEAU D'AIDE POUR CHOIX DE LA TAILLE D'UN MAILLOT "CYCLISME" DIFFUSPORT

TAILLE / POIDS	60	65	70	75	80	85	90	95	100	>100 kg
1,65	xs	s	М	L	XL					
1,70	xs	s	М	L	XL	2XL				
1,75	xs	s	М	L	XL	2XL	3XL	3XL	4XL	
1,80	s	S	M	L	XL	2XL	3XL	4XL	4XL	
1,85	м	м	м	L	XL	2XL	3XL	4XL	5XL	
1,90		L	L	XL	XL	2XL	3XL	3XL	4XL	5XL

		Tai	lle	SE	nfa	mt	S		
Tailles	116	122	128	134	140	146	152	158	164 XXS
Poitrine	60	62	65	69	72	75	78	81	84
Hanches	66	68	70	72	75	79	81	84	87

RESPECT DU DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Je, soussigné(e) NOM:

Nous souhaitons obtenir votre autorisation afin de publier dans la presse écrite ou le journal local d'Ay sur Moselle, les photos réalisées dans le cadre des manifestations organisées par le club de vélo. Ces images seront utilisées dans le cadre précité et pour cet usage exclusivement. Les photographies ne seront, en conséquence, ni vendues, ni communiquées à d'autres personnes.

Conformément à la loi, vous pourrez à tout moment exercer votre droit d'accès et de retrait de cette photographie, si vous le jugez utile, en nous écrivant à l'adresse suivante :

Vélo Club 1 place de la Mairie 57300 Ay sur Moselle

Par conséquent, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à faire dans ces conditions, les photographies précitées.

PRENOM:

Né(e) le :	à	
Adresse :		
Ville :		Code Postal :
Je, soussigné(e) NOM :		PRENOM :
Je, soussigné(e) NOM : Né(e) le :	à	PRENOM :
	à	PRENOM :
Né(e) le :		PRENOM : Code Postal :

Je m'engage à ne pas tenir responsable le Vélo Club d'Ay sur Moselle ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission dans l'hypothèse d'une modification de ces photos, d'un changement de cadrage, de couleur et de densité.

Date : Lieu :

Signature, précédée de la mention : « Lu et approuvé »