

**Ci dessous : "Engagement santé de l'adhérent, prise en compte assurance, ... et acceptations à respecter, à recevoir ..."**

**1 formulaire par adhérent actif , cocher les cases ☐**  
(À télécharger sur HelloAsso ou à envoyer à Nathalie : [lrn.nath@gmail.com](mailto:lrn.nath@gmail.com))

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (cf questionnaire santé complet détaillé)

### Symptômes :

☐ **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.

### Facteurs de risques :

☐ **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; et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

### Problématiques liées au sport :

☐ **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.

## NOTICE d'information relative au contrat d'ASSURANCE AIAC et de ses options

### J'atteste

☐ **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 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** assurance/licence: MB ☐ ou PB\* ☐ ou GB\* ☐

(\*la fourniture d'un test effort de - de 2ans augment les indemnités)

- **Avoir choisi l'option(s)** suivante(s) : Indemnité Journalière forfaitaire ☐ , Complément Décès/Invalidité ☐ , ou ne retenir aucune option complémentaire proposée ☐.

## EN ADHÉRENT AU CLUB :

☐ **J'atteste** : "m'engager à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlement intérieur du club LRV et les informations de ce dossier d'adhésion".

☐ **J'atteste accepter** de recevoir les mails d'information de mon club (LRV) ou de la Fédération (FFVélo) et ses structures (Coreg et Codep).

☐ **J'atteste accepter** l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de notre club LRV et de la FFVélo.

et si je participe à des cyclosporatives\*, **j'accepte** de fournir un certificat médical de **non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition** de moins de 12 mois à notre secrétaire au moment de l'adhésion.

Fait le ..... Nom : ..... Prénom : .....

Signature obligatoire du licencié(e) :