



FORMULAIRE D'ADHÉSION 2026



FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE CYCLOTOURISME

Le dossier d'adhésion comprend plusieurs documents :

- Le présent formulaire d'adhésion ;
- La notice d'information d'assurance.

Un fois complétés et signés, ces documents sont à retourner, accompagnés de votre règlement, au Trésorier du club (coordonnées et modalités de paiement en fin de formulaire).

☐ Renouvellement

☐ Première adhésion

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom : N° de licence : (si renouvellement)

Nom de naissance : Date de naissance : / /

Commune de naissance : Département de naissance :

Pays de naissance : Lieu de naissance* : (* pour les personnes nées à l'étranger)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Email :

TYPE DE PRATIQUE : ☐ ROUTE ☐ VTT / VTC ☐ GRAVEL (plusieurs choix possibles)

Pratiquez-vous le VAE : ☐ OUI ☐ NON

Veuillez svp prendre connaissance de la notice d'information assurance pour le détail des options d'assurance (petit braquet ou grand braquet).

OPTIONS ASSURANCES CATÉGORIE	COTISATION FÉDÉRALE + PETIT BRAQUET (A)	COTISATION FÉDÉRALE + GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	RÉSIDENT VAL D'EUROPE OU LICENCIÉ DE- PUIS + 2 ANS (C)	TOTAL (A) + (B) + (C)
Adulte (+ de 25 ans)	<input type="checkbox"/> 57,00 €	<input type="checkbox"/> 107,00 €	<input type="checkbox"/> 53,50 €	<input type="checkbox"/> -25 €	€
Jeune (18 à 25 ans)	<input type="checkbox"/> 40,50 €	<input type="checkbox"/> 90,50 €	<input type="checkbox"/> 10,00 €		€
Mineur (16 à 18 ans)	<input type="checkbox"/> 13,50 €	<input type="checkbox"/> 63,50 €	<input type="checkbox"/> 0 €		€
ABONNEMENT REVUE CYCLOTOURISME					
ABONNEMENT REVUE (D)	La revue Cyclotourisme, c'est chaque mois une information complète sur le vélo et la pratique cyclotouristique.				<input type="checkbox"/> 32 €
TOTAL : OPTIONS ASSURANCE (A) + COTISATION CLUB (B) + PRIME VDE/FIDÉLITÉ (C) + ABONNEMENT (D)					

En adhérant au VCVE :

☐ J'atteste avoir renseigné et bien pris note du QUESTIONNAIRE DE SANTÉ que je conserve. Je comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances. J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires.

☐ Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion ;

☐ Je m'engage à participer à la vie du club et notamment aux événements organisés par celui-ci dans la mesure de mes disponibilités.

Établir le virement de préférence ou le chèque à l'ordre de **V.C.V.E.** et le remettre, avec le bulletin d'adhésion et le formulaire d'assurance, au trésorier du club : **Frédéric Moll** - 30, avenue du Maréchal Foch - 77450 MONTRY - Tél. : 06 78 69 63 42
frederic@filgood.net

RIB : CCM MEAUX 10278 06445 00020957501 86	IBAN : FR76 1027 8064 4500 0209 5750 186	BIC : CMCIFR2A
--	--	----------------

Fait à :

le :

Écrire « Lu et approuvé » et votre signature :

Vos contacts



Faites votre déclaration d'accident dans les 5 jours à l'aide du formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne dans votre espace licencié.

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription, contactez aiac courtage :

N° VERT : 0 800 886 486

E-mail : assurance-ffvelo@aiac.fr



12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail : l.blondeau@ffvelo.fr

www.ffvelo.fr



Convention n°58 225 249

Ligne dédiée 24/7

Depuis la France : 01 41 85 95 26

Depuis l'étranger : (+33) 1 41 85 95 26



Déclaration du licencié 2026

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 _____

Né(e) le : ____/____/____

Licencié de la Fédération à (nom du Club) : _____

Déclare :

☐ 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 présente 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 : MB ☐

PB ☐

GB ☐

et les options suivantes :

☐ Indemnité Journalière forfaitaire ☐ Complément Décès/Invalidité ☐ Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)

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 pourrions 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 AIAC Courtage et les assureurs, 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@aiac.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75009 PARIS. 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.