



# LES CYCLOTOURISTES GRANGEOIS

Espace Rémy ROURE  
Allée du 22 janvier 1963  
07500 GUILHERAND –GRANGES

Mail : [lescyclosgrangeois@gmail.com](mailto:lescyclosgrangeois@gmail.com)  
<https://lescyclotouristesgrangeois.fr>

**Président**  
Jean Marc SYLVESTRE  
516 rue André MALRAUX  
Résidence Ariane  
07500 GUILHERAND GRANGES  
Tél 06 10 01 34 37  
[jmsylvestre07@gmail.com](mailto:jmsylvestre07@gmail.com)

**ADULTES ou JEUNES 18-25 ANS LICENCE DU 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2025**  
Référence FFCT n° Club : 01200

Pour bien remplir ce document :

1. Compléter le cadre **INFORMATIONS**
2. Compléter dater et signer le cadre **ASSURANCE**
3. Compléter dater et signer le cadre **CHOIX DE LA LICENCE**
4. Compléter dater et signer le cadre **QUESTIONNAIRE SANTE**

Attention, le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est strictement personnel et ne doit en aucun cas être communiqué à la Fédération ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

Merci de retourner obligatoirement l'imprimé rempli, page 1 et 2, avec votre règlement à l'ordre des « Cyclotouristes-Grangeois » :

Au siège du club : **CYCLOS GRANGEAIS** - Espace Rémy Roure - Allée du 22 janvier 1963 – 07500 Guilherand-Granges

Pour tous renseignements contacter Jean-Marc Sylvestre au 06 10 01 34 37

## INFORMATIONS

NOM .....

PRENOM ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

ADRESSE .....

Code Postal..... Ville.....

Nationalité.....

Tel mobile.....

Mail.....

(en lettres majuscules)

N° LICENCE : .....

**J'autorise les Cyclos Grangeois à communiquer aux licenciés du club :**

Mon adresse courriel

oui

non

Mon n° mobile

Oui

non

SIGNATURE

J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.

Je participe à des cyclosporives\*.

bien vouloir nous fournir un certificat médical de **non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition** datant de moins de 12 mois.

Photo  
d'identité

Cadre  
réserve  
CTG

Ch. du ...../...../202..... N° ..... sur .....

Formule

**P.B.**

**G.B.**

**RANDO**

**SPORT**

**VAE**

**Famille**

Certificat médical du ...../...../202.....

Enregistré le ...../...../ 202.....

**Déclaration du licencié - Saison 2025**

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) ..... LES CYCLOTOURISTES GRANGEAIS .....

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'AXA 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 une formule MB  PB  ou GB  et les options suivantes :  
 Indemnité Journalière  forfaitaire Complément Décès/Invalidité   
 Ne retenir aucune option complémentaire proposée

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

Fait à ..... le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHOIX DE LA LICENCE**

Pratique du VAE\*                      oui                       non

					TOTAL
JEUNE 18/25 ans	<input type="checkbox"/>	<b>Petit Braquet</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Grand Braquet</b>	<input type="text"/>
		48,00 €		100,00 €	
					+
ADULTE	<input type="checkbox"/>	<b>Mini Braquet</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Petit Braquet</b>	<input type="text"/>
		63,00 €		65,00 €	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>Grand Braquet</b>	
				116,00 €	
					+
FAMILLE	<input type="checkbox"/>	<b>Mini Braquet</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Petit Braquet</b>	<input type="text"/>
	1 <sup>ier</sup> adulte	63,00 €		65,00 €	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>Grand Braquet</b>	
				116,00 €	
					+
FAMILLE	<input type="checkbox"/>	<b>Mini Braquet</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Petit Braquet</b>	<input type="text"/>
	2 <sup>eme</sup> adulte	47,00 €		49,00 €	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>Grand Braquet</b>	
				101,00 €	
					+
Abonnement revue fédérale (facultatif) , pour 1 an:			<input type="checkbox"/>	<b>32,00 €</b>	<input type="text"/>
					=
<b>TOTAL A REGLER</b>					<input type="text"/>

- ✓ Un test à l'effort de moins de 2 ans est recommandé en cas de problème cardiaque
  - ✓ En adhérant au club 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
- \*Si j'utilise un VAE je m'engage à ce que celui-ci soit conforme à la législation en cours

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

J'ai bien pris note de ces questions et 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

Fait à ..... SIGNATURE

Le : ...../...../.....



## QUESTIONNAIRE SANTÉ

À compter de la saison 2024 - Ce questionnaire est strictement personnel

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.

**SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER UN MÉDECIN AVANT REPRISE DE L'ENTRAÎNEMENT 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.

