



Jeunesse Amicale Borderaise Cyclo

Bulletin adhésion année 2026

Nom Prénom		Né(e) le	
Adresse		Téléphone	
Email		Licence :	

Cotisations JAB Cyclo 2026

Mini braquet	Petit braquet	Grand braquet
69€ <input type="checkbox"/>	71€ <input type="checkbox"/>	121€ <input type="checkbox"/>

Questionnaire de Santé :

La Fédération française de cyclotourisme a fait le choix de **supprimer la présentation d'un certificat médical (CMNCI)** pour la prise de licence à compter de la saison 2024, à condition de répondre négativement aux questions du : « Questionnaire de Santé », à télécharger sur le site du club.

☐ 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 du questionnaire Santé. **Je conserve le Questionnaire Santé** fourni par le club après l'avoir complété.

Type de pratique : ROUTE ☐ VTT/VTC ☐ GRAVEL ☐

Pratiquez vous le VAE : OUI ☐ NON ☐

Cyclo Sport :

Pour participer aux cyclosportives, il faudra que je présente un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition à l'organisation de la cyclosportive.

☐ J'accepte de recevoir les mails d'information de la Fédération et ses structures.

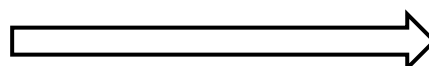
☐ En adhérent au club j'accepte que la JAB Cyclo utilise mon image sur le site du club et sur Facebook, sauf demande expresse à transmettre par écrit.

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlement du club (**disponibles sur www.jabcyclo.fr**) et les informations de ce dossier d'adhésion.

Fait à : _____ Le : _____ Signature

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour les mineurs)

Page suivante



Déclaration du licencié-Saison 2026

Je soussigné : _____ Prénom : _____

Licencié à la « **Jeunesse Amicale Borderaise Cyclo** »

Déclare :

☐ Avoir pris connaissance du contenu du résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Areas et Europ Assurances pour le compte de ses adhérents.

☐ Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnité contractuelles (Décès, invalidité permanente, Frais médicaux et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération Documents visibles sur le site [Web de la JABCyclo, page : Adhésion](#)

Déclare :

☐ Avoir choisi en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet les options suivantes :

Indemnité Journalière forfaitaire : **OUI** ☐ **NON** ☐

Complément Décès/Invalidité : **OUI** ☐ **NON** ☐

☐ Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Soit un montant de : _____ € pour le /les options choisies.

Montant de la cotisation **JAB** souscrite : _____ € + Option : _____ €

Soit un total de : _____ €

Fait à : _____ Le : _____

Signature

Nom et signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour les mineurs)