

**BULLETIN D'INSCRIPTION BSC St Germain/Nuelles 2019/2020**

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : ..... N° : .....

CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....

EMAIL : .....@.....

Date de Naissance : le...../...../..... Téléphone : .....

N° de police assurance responsabilité civile familiale et nom de la compagnie  
:.....

Titulaire d'un brevet de secourisme ( SST,..) : OUI  NON  Année : .....

Si non, souhaitez-vous participer à une formation ou un recyclage (PSC1): OUI  NON

Catégorie	Part fédérale	Assurance	Assurance	Part	Total	Total	TOTAL	
Vélo Rando <input type="checkbox"/>	FFCT <sup>①</sup>	Petit Braquet <sup>②</sup>	Grand Braquet <sup>③</sup>	Club <sup>④</sup>	①+②+④	①+③+④		
Vélo Sport <input type="checkbox"/>								
Jeune -18 ans Ecole de cyclo	12,00€	offerte	48,00€	20,00€	32,00€	80,00€		
Adultes	27,50€	16,50€	64,50€	20,00€	64,00€	112,00€		
Second Adulte famille ou jeune de 18 à 25 ans	12,00€	16,50€	64,50€	20,00€	48,50€	96,50€		
Jeune - 18 ans	6,50€	offerte	48,00€	20,00€	26,50€	75,50€		
<b>TOTAL / Chèque à l'ordre du BSC St Germain Nuelles</b>								

Dossier à transmettre par courrier à l'adresse suivante :




**BSCSGN**  
La mairie - Le Bourg  
69210 St Germain Nuelles

**L'adhérent (et/ou son représentant légal) reconnaît avoir pris connaissance du règlement général ainsi que le formulaire garantie Assurance Allianz et en accepte tous les articles.**

Signature du demandeur, précédée de la mention  
manuscrite "lu et approuvé"

Pour autorisation et accord : Signature du  
représentant légal, précédée de la mention  
Manuscrite "lu et approuvé"

Fait à ....., le ...../...../.....

			
	VÉLO BALADE	VÉLO RANDO	VÉLO SPORT
<b>POUR QUI ?</b>	Pour tous, sauf les jeunes en EC	Pour tous	Pour tous, sauf les mineurs
<b>QUELLE PRATIQUE</b>	Pratique douce et familiale	Pratique régulière	Pratique sportive & cyclosportive
<b>NIVEAUX DE CIRCUITS CONSEILLÉS</b>	Vert / Bleu	Vert / Bleu / Rouge / Noir	Vert / Bleu / Rouge / Noir & Cyclosportives
<i>Chaque participant choisit librement son circuit et en assume la responsabilité.</i>			
<b>CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION (*)</b>	<b>Non</b>	<b>Obligatoire</b>	<b>Obligatoire</b>
Fréquence	—	<b>Tous les 5 ans</b>	<b>Tous les ans</b>
Date du CMNCI	—	Moins de 12 mois à la date de la saisie de la licence	Moins de 12 mois à la date de la saisie de la licence
Libellé du CMNCI	—	Cyclotourisme - sport - activité physique et sportive	Cyclisme en compétition
Qui doit conserver le CMNCI	—	Le club - possibilité de le scanner sur le logiciel / Le siège pour les MI	Le club - possibilité de le scanner sur le logiciel / Le siège pour les MI
Si le licencié fournit un nouveau CMNCI dans la période des 5 ans	—	Le décompte repart pour 5 ans	—
<b>AUTO-QUESTIONNAIRE (*)</b>	—	<b>Oui</b> Durant les 4 années intermédiaires	<b>Non</b> Le CMNCI doit être fourni tous les ans
Formalité administrative	—	Pour l'adhérent en club : Il devra cocher une case dans le bulletin d'inscription du club attestant qu'il a répondu NON à toutes les questions. Si réponse OUI à une ou plusieurs questions, obligation de fournir un nouveau CMNCI.  Pour l'adhérent en MI s'inscrivant par Internet, il devra cocher la case attestant qu'il a répondu NON à toutes les questions. Sinon, il devra fournir un nouveau CMNCI.	—
Responsabilité de l'adhérent	—	L'adhérent assume seul les réponses au questionnaire de santé, protégé par le secret médical	—
Qui doit conserver l'auto-questionnaire	—	<b>Le licencié.</b> Le club ne doit pas conserver les réponses au questionnaire médical	—

Retrouver le guide complet à destination des licenciés sur le site <http://ffct.org/activites-federales/les-assurances/>

Pour les assurances complémentaires s'adresser au club.

<b>ASSURANCE</b>	Au choix Mini, Petit ou Grand Braquet	Au choix Mini, Petit ou Grand Braquet	Au choix Mini, Petit ou Grand Braquet
Couverture pratique cyclotourisme	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>
Couverture pratique cyclosportive	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>Oui (**)</b> (Sauf en responsabilité civile pendant une cyclosportive)
Capitaux en cas de décès AVC/ACV	<b>Non</b>	<b>Oui (si Petit ou Grand Braquet)</b> Capitaux différents en fonction de la présence ou non d'un test à l'effort de moins de 2 ans	<b>Oui (si Petit ou Grand Braquet)</b> Capitaux différents en fonction de la présence ou non d'un test à l'effort de moins de 2 ans
<b>TARIF DE LA LICENCE</b>	<b>Tarif « licence et assurance » identique pour les 3 formules</b>		
Est-il possible de changer le type de licence en cours d'année ?	<b>Oui</b> sans surcoût	<b>Oui – sans surcoût</b> Avec fourniture d'un CMNCI conforme si l'adhérent était en formule « Vélo Balade »	<b>Oui – sans surcoût</b> Avec fourniture d'un CMNCI conforme si l'adhérent était en formule « Vélo Balade » ou « Vélo Rando »

(\*) Les certificats dont la date est antérieure au 01/01/2016 ne seront plus valables conformément au respect de la loi sur l'obligation du CMNCI.

Exemple :

1. J'ai une licence 2017 et le certificat médical renseigné informatiquement date du 15/01/2016 :
  - Si je souscris une formule Vélo Balade pour 2018, je n'ai rien à fournir de plus.
  - Si je souscris une formule Vélo Rando pour 2018, je dois juste attester que mes réponses à l'auto-questionnaire sont toutes négatives et ce chaque année jusqu'en 2021. Un nouveau CMNCI devra être fourni en 2022 ou les années intermédiaires si l'une des réponses à l'auto-questionnaire annuel est positive.
  - Si je souscris une formule Vélo Sport pour 2018, je dois fournir un nouveau CMNCI à la pratique du cyclisme en compétition.
2. J'ai une licence 2017 et le certificat médical renseigné informatiquement date du 15/01/2015 :
  - Si je souscris une formule Vélo Balade pour 2018, je n'ai rien à fournir mais le champ « Certificat médical » sera remis à 0.
  - Si je souscris une formule Vélo Rando ou Vélo Sport pour 2018, je dois fournir un CMNCI conforme à la pratique choisie.

(\*\*) En cas d'accident lors d'une cyclosportive, faire une déclaration d'accident auprès de l'organisateur.



**FEDERATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME**  
Commission médicale nationale  
**Examen médical du cyclotouriste**

Sur l'avis de la commission nationale médicale, le comité directeur a estimé qu'il est de son devoir d'inciter les adhérents de la Fédération française de cyclotourisme à se soumettre régulièrement à un examen médical.

De plus, à sa demande, l'assureur a accepté de lier la garantie "décès cardio-vasculaire" ou cérébro-vasculaire (AVC) du contrat "Petit braquet et Grand Braquet" à la production d'un certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclotourisme.

Bien que cette pratique exclue toute forme de compétition, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques au maximum de leur fonction.

Eu égard aux recommandations internationales, il est prudent de faire pratiquer une épreuve d'effort après 45 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme.

Nous sommes conscients du travail que constitue l'examen médical du sportif, et vous remercions de votre collaboration.

Le médecin fédéral national.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ..... Profession : .....

Club d'affiliation : .....: N° de licence

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné (e), Dr ..... certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle. ....et qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Cyclotourisme.

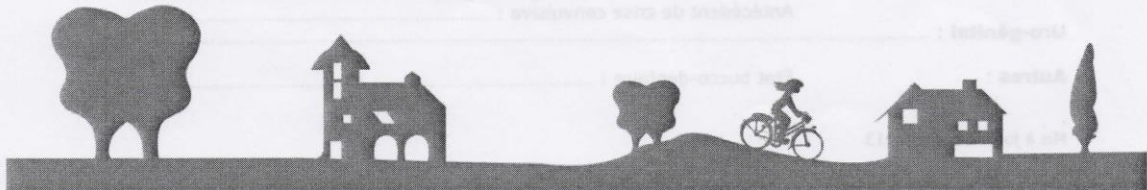
(Discipline excluant toute forme de compétition)

A.....le .....

**Signature et cachet du médecin :**  
**(Obligatoire avec ses coordonnées)**

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référent ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Les licenciés membres individuels doivent nous adresser **obligatoirement** une copie pour une première adhésion à la FFCT.



## EXAMEN MEDICAL TYPE (FACULTATIF)

Fortement recommandé

### Antécédents sportifs

Autres pratiques : .....

Cyclotourisme: Depuis combien de temps ? .....

Volume de pratique (km/an) : .....

### Antécédents médicaux

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ?                    oui                     non

Hypertension artérielle?                    oui                     non

Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides,...)?                    oui                     non

La ou lesquelles : .....

Personnels :                     Age: plus de 45 ans?

Hypertension artérielle

Diabète

Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)

Tabagisme

Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)

Stress

Prise médicamenteuse: laquelle : .....

Antécédents chirurgicaux: lesquels : .....

Autres : (vertiges, troubles visuels, crise convulsives,...)

**Examen clinique :** Taille : ..... Poids : ..... IMC : Pds en Kg / (T en m)<sup>2</sup> = .....

Périmètre abdominal (normal : homme < 102 cm ; femme < 88 cm) : .....

### Cardio-vasculaire :

Signes fonctionnels à l'effort    oui                     non

Si OUI lesquels? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire,...).....

Auscultation cardiaque : .....

TA de repos : ..... Pouls de repos : .....

Pouls périphériques tous perçus :

Examens recommandés : Test de Ruffier et ECG de repos

Test de Ruffier (30 flexions en 45 secondes)	Valeurs	Interprétation du Test
Pouls de repos : P1		0                    exceptionnel
Pouls à la fin des flexions : P2		0 à 5              robuste, entraîné
Pouls 1 mn après la fin des flexions : P3		5 à 10            banal, améliorable
Indice de Ruffier = (P1+P2+P3) - 200 / 10		10 à 15          mal adapté
		15 à 20          très mal adapté

### ECG de repos : (fortement conseillé après 40 ans)

**Pulmonaire :** Signes fonctionnels à l'effort    oui                     non

Si OUI lesquels? (Toux, gêne respiratoire, asthme,...) .....

Pick Flow ou Pico 6

**Appareil locomoteur :** Rachis : .....

Membres supérieurs : .....

Membres inférieurs : .....

**Neurologique :** Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés = .....

Troubles de la vision (corrigés ou pas) : .....

Troubles de l'audition (corrigés ou pas) : .....

Antécédent de crise convulsive : .....

**Uro-génital :** .....

**Autres :** État bucco-dentaire : .....

Mis à jour le 16/10/2013