



## FICHE D'ADHÉSION BSCC – SAISON 2024/2025

(Du 01/10/2024 au 30/09/2025)

Pour toute information ou demande particulière merci d'adresser un mail à : [contact.bscc@gmail.com](mailto:contact.bscc@gmail.com)

### ADHÉSION AU CLUB « B.S.C.C »

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de Tel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Taille maillot :

Taille cuissard :

Pointure :

**Merci de compléter le questionnaire de santé en page 03 ou 04 et/ou de fournir un certificat médical de moins de un mois le cas échéant**

<u>Pratique(s) :</u>	<u>Débutant</u>	<u>Intermédiaire</u>	<u>Confirmé</u>	<u>Compétiteur</u>	<u>Route</u>	<u>Gravel</u>	<u>VTT</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MONTANT DE L'ADHÉSION : 110€ (Un maillot et un cuissard compris dans le prix de l'adhésion)**

**Le BSCC n'est pas en mesure d'accueillir des mineurs au sein du club, faute d'encadrement permettant de se conformer à la réglementation en vigueur.**

En adhérant à l'association BSCC, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association. **Le port du casque est obligatoire.**

**Signature de l'adhérent :**

# FICHE D'ADHÉSION BSCC – SAISON 2024/2025

(Du 01/10/2024 au 30/09/2025)

## LICENCES

*Facultatif mais recommandé : en prenant une licence vous bénéficiez d'une meilleure assurance et vous participez à la vie des fédérations !*

La licence FFC couvre une année civile : du 01/01/2025 au 31/12/2025

La licence UFOLEP couvre une année scolaire : du 01/10/2024 au 30/09/2025

<b>Licence FFC :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	<b>Type de licence FFC :</b>	<b>Prix licence FFC :</b>
	Non <input type="checkbox"/>		
<b>Licence UFOLEP :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	<b>Type de licence UFOLEP :</b>	<b>Prix licence UFOLEP :</b>
	Non <input type="checkbox"/>		

## PAIEMENT :

Règlement effectué par :       Virement bancaire       Chèques       Espèces

**Pour les paiements par virements (qui sont à privilégier !) merci de bien indiquer votre nom et prénom + libellé du virement. Par exemple « NOM Prénom adhésion BSCC 2025 ».**

## RIB DU BSCC :

<b>CRÉDIT AGRICOLE ALPES PROVENCE – Agences Ste Catherine (10068) / Tel 0484658405</b>				
Nom et adresse titulaire : ASSOC. BRIANCON SERRE CHEVALIER CYCLISME – BSCC				
	<b>Code Banque</b>	<b>Code Guichet</b>	<b>N° de compte</b>	<b>Clé</b>
<b>RIB FRANCE</b>	11306	00062	48125444728	52
<b>IBAN ÉTRANGER</b>	FR76 1130 6000 6248 1254 4472 852			
<b>BIC</b>	AGRIFRPP813			

En adhérent à l'association BSCC, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association. **Le port du casque est obligatoire.**

Fait le :

À :

**Signature de l'adhérent :**

# QUESTIONNAIRE SANTÉ

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	Oui	Non
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour :</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la responsabilité de la seule responsabilité de l'adhérent</i></b>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

**Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé parlez-en à votre médecin**

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

**Vous devez fournir au BSCC un certificat médical d'aptitude à la pratique du cyclisme de moins d'un mois.**  
Nous vous recommandons de montrer vos réponses au questionnaire à votre médecin.

Fait le :

À :

Signature de l'adhérent :