

# Formulaire inscription XCO Bezonnnes 22.03.2026

## NON Licenciés FFC

A transmettre avant le 19/03/2026 à [chantalrouquie@orange.fr](mailto:chantalrouquie@orange.fr)

L'ensemble des concurrents engagés sur le XCO de Bezonnnes sont couverts en responsabilité civile par l'organisation FFC et en assurance individuelle pour les non licenciés FFC souscrite par le Vélo Club Rodez. En signant ce formulaire d'inscription le pilote s'engage à respecter le règlement FFC ainsi que le règlement de l'épreuve, et reconnait avoir pris connaissance des garanties assurance individuelle ci-dessous

Nom : Prénom : Né le : / /  
Contact tél : Mail : @  
Contact tél en cas d'urgence :  
Catégorie compétition : Cout de l'engagement : €  
(Tarif page 3 avant 19/03 ou surplace)

- ☐ Paiement par virement, préciser : L'IBAN sera communiqué à réception de ce formulaire  
☐ Paiement sur place

- ☐ **Licencié UFOLEP** N° licence : Club :  
(cyclisme compétition)  
☐ **Licencié FSGT** N° licence : Club :  
(cyclisme compétition)  
☐ **Non licencié**

- Produire un certificat médical de non contre-indication de la pratique du cyclisme en compétition
- Pour les mineurs, produire une autorisation parentale.

## ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS

### PARTICIPANTS OCCASIONNELS NON LICENCIES A LA FFC

Valant conditions particulières - Contrat 7467541404 souscrit par WTW auprès de AXA France IARD

| GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OPTION 1                                                                                                                                                | OPTION 2 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>DECES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Majoration en cas de mariage, PACS ou Vie Maritale</li><li>• Majoration par enfant légitime reconnu ou adoptif mineur ou majeur fiscalement à charge</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10 000 €<br>+5 000 €<br>+5 000 €                                                                                                                        |          |
| <b>INVALIDITE PERMANENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 100 000€                                                                                                                                                | 300 000€ |
| <b>FRAIS MEDICAUX</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier et frais de premier transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier</li><li>• Soins prescrits médicalement et non pris en charge par la Sécurité Sociale</li><li>• Frais pour les assurés ne bénéficiant pas de la SS ou de la CMU</li><li>• Soins et prothèses dentaires</li><li>• Bris de lunettes ou de lentilles correctrices et prescrites médicalement</li></ul> | 150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale<br><br>200 € par accident<br><br>200 € par accident<br>500 € par accident<br>200 € par accident |          |

Date : / /

Je soussigné,  
Parent, représentant légal de :  
reconnait avoir pris connaissance et accepter le règlement de l'épreuve.

Signature :