

CIVILITE :

☐ Monsieur☐ Madame

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

ADRESSE :

code postal & ville

NUMERO DE LICENCE

DATE DE NAISSANCE :

COMMUNE DE NAISSANCE :

DEPARTEMENT DE NAISSANCE :



FIXE

PORTABLE



PRATIQUE LE VAE

☐

OUI

☐

NON

TYPE DE PRATIQUE

ROUTE

☐

VTT/VTC

☐

GRAVEL

☐

CYCLOSPORT

Certificat médical compétition

licence 2ème Adulte

15.00 €

15.00 €

15.00 €

Choix assurance

Braquet

Mini

Petit

Grand

(cocher la case) ----->

24.50 €

26.50 €

76.50 €

TOTAL LICENCE

39.50 €

41.50 €

91.50 €

PARTICIPATION CLUB

-

-

-

Fonctionnement club

10.00 €

10.00 €

10.00 €

Téléthon

2.00 €

2.00 €

2.00 €

TOTAL CHEQUE

☐ j'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire santé remis par mon club

Fait le

SIGNATURE