

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 (CMNCI)

licence Adulte	30.50 €		30.50 €		30.50 €
Choix assurance	Mini		Petit		Grand
(cocher la case) ----->					
	24.50 €		26.50 €		76.50 €
TOTAL LICENCE	55.00 €		57.00 €		107.00 €
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