

CIVILITE :

Monsieur

Madame

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

ADRESSE :

code postal &amp; 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 €
<b>TOTAL LICENCE</b>	<b>55.00 €</b>		<b>57.00 €</b>	<b>107.00 €</b>
<b>PARTICIPATION CLUB</b>	-		-	-
<b>Fonctionnement club</b>	10.00 €		10.00 €	10.00 €
<b>Téléthon</b>	2.00 €		2.00 €	2.00 €
<b>TOTAL CHEQUE</b>				

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

Fait le

SIGNATURE