

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 Adulte	14.00 €		14.00 €	14.00 €
Choix assurance	Mini		Petit	Grand
(cocher la case) ----->				
	24.50 €		26.50 €	76.50 €
TOTAL LICENCE	38.50 €		40.50 €	90.50 €
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