ENTENTE CYCLISTE SAULONNAISE

PRIX CYCLISTE DE Saulon-La-Chapelle

LUNDI 02 AVRIL 2018

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM:
Prénom:
Date de Naissance: **Catégorie:**
Licencié oui Non
Si oui
Affilié à: FSCT* FFC* UFOLEP*
N° de Licence: **Nom du Club**

Si NON
Certificat Médical Délivré le:
Par Nom du Médecin:
A remettre à l'organisateur le jour de l'épreuve.
(* Rayer les mentions inutiles)

ENTENTE CYCLISTE SAULONNAISE

Prix Cycliste DE Saulon-La-Chapelle

Lundi 02 Avril 2018

Autorisation Parentale pour les mineurs non licenciés.

Je, Soussigné Monsieur Madame , autorise mon enfant: Nom ,
Prénom....., né(e) le....., à participer au Cyclo-cross de ,
organisé par l'ENTENTE CYCLISTE SAULONNAISE, le

Ci-joint le certificat Médical délivré par Dr ,le

A remettre à l'organisateur le jour de l'épreuve.

Fait à le

Signature