

RANDONNEE CYCLISTE – Samedi 2 avril 2016

NOM – Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

LICENCE : UFOLEP FFC FFCT NON LICENCIE

(Certificat médical < 12 mois obligatoire)

NUMERO DE LICENCE :

CLUB (+ ville du club) :

CIRCUIT EFFECTUE : 90 km 65 km

« JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE
DU REGLEMENT DE LA RANDONNEE AFFICHE
ICI MEME, SUR LE LIEU DE L'INSCRIPTION »

Signature

RANDONNEE CYCLISTE – Samedi 2 avril 2016

NOM – Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

LICENCE : UFOLEP FFC FFCT NON LICENCIE

(Certificat médical < 12 mois obligatoire)

NUMERO DE LICENCE :

CLUB (+ ville du club) :

CIRCUIT EFFECTUE : 90 km 65 km

« JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE
DU REGLEMENT DE LA RANDONNEE AFFICHE
ICI MEME, SUR LE LIEU DE L'INSCRIPTION »

Signature