

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville : _____

Tél.: _____ n° licence: _____

E Mail : _____

ADULTES	LICENCE avec Assurance Petit Braquet	50 €
	LICENCE avec assurance Petit Braquet et revue	82 €
	LICENCE avec assurance Grand Braquet	100 €
	LICENCE avec assurance Grand Braquet et revue	132 €
Rayer les mentions inutiles		

LICENCE FAMILIALE

2^{ème} Membre Adulte avec assurance Petit Braquet	37 €
2^{ème} Membre Adulte avec assurance Grand Braquet	87 €

Rayer les mentions inutiles

	Nom	Prénom	Date de naissance
2 ^{ème} Membre adulte			

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

☐ J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.
 J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

Sauf avis contraire de ma part j'accepte que mon n° de portable soit sur la liste de diffusion WhatsApp du club.

Date: _____

SIGNATURE(S) :

CARTE DE MEMBRE du CYCLO POUR CONJOINT D'UN(E) LICENCIÉ(E)

15 €

Nom..... Prénom..... Date de Naissance.....

TOTAL COTISATIONS : _____

NB : ce formulaire, la notice d'assurance signée et le règlement conditionnent la prise de votre licence .