



ENTENTE CYCLISTE SAULONNAISE
CYCLO CROSS DE Saulon-La-Chapelle
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
CYCLO CROSS DE Saulon-La-Chapelle
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 _____