



BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

ADRESSE : N° :

CODE POSTAL : LOCALITE :

PROVINCE :

Nationalité :

N° de Carte d'Identité :

Lieu et Date de Naissance :

.....le...../...../19.....

E-Mail :

M / F

Téléphone :

N° de police assurance familiale et nom de la compagnie :

.....

Certifie ne faire l'objet d'aucune contre-indication médicale et être en parfaite santé pour la pratique du Vélo Tout Terrain.

Attention : un certificat médical attestant que vous êtes en bonne santé est souhaitable.

Signature du demandeur, précédée de la mention
du manuscrite "lu et approuvé"
de la mention

Pour autorisation et accord : Signature
représentant légal, précédée

manuscrite "lu et approuvé"

Fait à, le/...../200.....

Signature du président ou du secrétaire et cachet du club :



MAZY'S FUN BIKERS.
Certificat médical.

Je soussigné :

.....

Docteur en médecine à :

.....

déclare avoir examiné (*) Mr - Mme - Mlle :

.....

.....

et le(a) déclare (*) **APTE** - **INAPTE**

à pratiquer de façon régulière le vélo tout terrain (V.T.T.)

(*) Biffer les mentions inutiles

Signature et
cachet du médecin

Fait à.....

Le / / 200....