

**ECOLE DE CYCLO
AMICALE CYCLOTOURISTE DE ROSPEZ
Saison 2014/2015**

NOM	Prénom	Photo
Date de naissance		
Adresse		
Code Postal	Commune	
Téléphone :	Tél portable :	
Adresse e-mail:		

LICENCE – ADHESION

Je fournis **un certificat médical** signé par le Dr, de.....
attestant mes capacités à pratiquer le vélo à l'AC Rospez.

Je prends une licence/adhésion avec assurance à la **FSGT**

Les jeunes nés de 1996 à 1999 (inclus) 41,00 €

Les enfants nés en 2000 et après 32,00 €

Libeller le chèque à l'ordre de A C Rospez.

Les chèques ti'pass et chèques sport + CAF sont acceptés.

Je fournis une attestation (photocopie) de l'assurance Responsabilité Civile

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr ou Mme

Autorise (Nom Prénom de l'enfant).....

à pratiquer le vélo dans le cadre de l'école cyclotouriste de l'Amicale Cyclotouriste de Rospez
(agrément N° 225720) pour la saison 2014/2015.

Fait àLe

Signature