

Merci de remplir très lisiblement

Je choisis le parcours de : 150 km 100 km 85 km (randonnée)

Nom : Prénom : Sexe : H F

Date de naissance : Handisport :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ :/...../...../...../...../

Courriel :@..... (Ecriture lisible)

Licencié : UFOLEP FFC FSGT FFTRI FFCT AUTRES

(Joindre photocopie de la licence)

Club :

Non Licencié

Licencié FFCT et non licencié, joindre un certificat médical de non contre indication à la pratique du cyclisme en compétition de moins d'un an à la date de l'épreuve.

Montant de l'inscription :

licenciés : 34€ - non licenciés : 42€ - Randonnée : 30€

InscriptionX.....€ =€

Repas accompagnantsX 12 € =€

Repas enfant (- de 10 ans)X 6 € =€

TOTAL =€

Chèque établi à l'ordre de l'Association Sportive du Centre Hospitalier de Rochefort

Le port du casque à coque rigide est obligatoire
EPREUVE INTERDITE AUX ELITES 1^{ère} CATEGORIE

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement sur <http://www.ekoitour.fr/>

Le...../...../2018

Signature :

Renseignements : 06.74.16.16.95 & 05.46.87.35.41

Courriel : lebras.jm@orange.fr

A retourner à : Mr LE BRAS Jean-Marie, 53 rue des Pêcheurs d'Islande 17300 ROCHEFORT