

Bulletin d'inscription 2011 aux CYCLANTHROPES (club FFCT)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Ville :

Profession :

Tél. fixe :

Tél. Portable :

E mail :

Je reconnais avoir été informé de l'intérêt de souscrire une assurance (voir tableau et site ffct.org).

Le certificat médical est obligatoire.

La cotisation CLUB est de **25,30€**, 13€ pour 2^{ème} adulte, 5€ pour les moins de 25 ans.

Je souscris la formule :

Formule	Tarif	Cotisation club	Total
<i>Exemple : adulte petit braquet</i>	36.70 €	25.30€	62.00€
<input type="text"/>			
		Total à régler :	

Fait à :

le

Signature

Chèque à l'ordre des CYCLANTHROPES

Adresse : JP RICAUD 186, rue du faubourg de Douai 59000 LILLE