

RANDONNEE DE LA ST BERNARD 2027



Non licencié ☐ ou Club : N°Licence :
Nom : Prénom : Date de naissance: Sexe : F OU M
Ville : N° Tel si accident : Adresse Mail :

Distance choisie :

CYCLO : 106 Km ☐ 95 Km ☐ 68 Km ☐



Règlement : Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la randonnée.

Je m'engage à l'application stricte du code la route (port du casque obligatoire) et au respect de l'environnement

Je certifie ne pas avoir de contre-indication médicale à la pratique : du CYCLO

SIGNATURE : Signature du représentant légal si mineur

RANDONNEE DE LA ST BERNARD 2027



Non licencié ☐ ou Club : N°Licence :
Nom : Prénom : Date de naissance: Sexe : F OU M
Ville : N° Tel si accident : Adresse Mail :

Distance choisie :

CYCLO : 106 Km ☐ 95 Km ☐ 68 Km ☐



Règlement : Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la randonnée.

Je m'engage à l'application stricte du code la route (port du casque obligatoire) et au respect de l'environnement

Je certifie ne pas avoir de contre-indication médicale à la pratique : du CYCLO

SIGNATURE : Signature du représentant légal si mineur

RANDONNEE DE LA ST BERNARD 2027



Non licencié ☐ ou Club : N°Licence :
Nom : Prénom : Date de naissance: Sexe : F OU M
Ville : N° Tel si accident : Adresse Mail :

Distance choisie :

CYCLO : 106 Km ☐ 95 Km ☐ 68 Km ☐



Règlement : Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la randonnée.

Je m'engage à l'application stricte du code la route (port du casque obligatoire) et au respect de l'environnement

Je certifie ne pas avoir de contre-indication médicale à la pratique : du CYCLO

SIGNATURE : Signature du représentant légal si mineur

RANDONNEE DE LA ST BERNARD 2027



Non licencié ☐ ou Club : N°Licence :
Nom : Prénom : Date de naissance: Sexe : F OU M
Ville : N° Tel si accident : Adresse Mail :

Distance choisie :

CYCLO : 106 Km ☐ 95 Km ☐ 68 Km ☐



Règlement : Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la randonnée.

Je m'engage à l'application stricte du code la route (port du casque obligatoire) et au respect de l'environnement

Je certifie ne pas avoir de contre-indication médicale à la pratique : du CYCLO

SIGNATURE : Signature du représentant légal si mineur