DEMANDE D'ADHESION

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

NPA, localité : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone mobile : .....

E-mail : .....

- ☐ **Je pratique le VTT**
- ☐ **Je pratique le vélo de route**
- ☐ **Je pratique le tandem**

Pour les mineurs, signature du représentant légal : .....

Lieu et date : ..... **Signature :** .....

A retourner par mail à :

info@cycloromont.ch