

Licence annuelle (20,00€) Licence journalière (10,00€)

Fan club (5,00€)

Nom / Prénom

Adresse complète

Email

Téléphone

Date de naissance

- Je reconnais avoir pris connaissance des engagements du licencié ainsi que du règlement fédéral.
- Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence.
- Je reconnais avoir fourni un certificat médical de l'année en cours autorisant la pratique de la voiture à pédales
- J'autorise la Fédération Française des Clubs de Voitures à Pédales à utiliser gratuitement mon image, prise lors d'événements organisés par celle-ci, sur tous supports produits par ses soins ou à sa demande (flyer, bannières, site web, vidéo, ...).

CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre indication à la pratique de la voiture à pédales



Je soussigné, _____

Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour chez,

M. Mme Melle _____

n'a pas mis en évidence de contre indication médicale à la pratique de la voiture à pédales.

Fait le _____

A _____

Signature du médecin



Signature du demandeur

Signature des parents (mineur)