

## EPREUVE

- 07/04 - Belvès Larzac (24) BELVES MOTO-CLUB- Hervé FERREIRA – 06.79.92.57.94  
« codeborie ouest » - 24440 LABOUQUERIE

Bulletin d'inscription à photocopier et à retourner au correspondant de la manifestation concernée

### PILOTE :

Nom et prénom : .....date de naissance : .....  
Adresse : .....Mail : .....  
Code postal : ..... Ville : .....Tél : .....  
N° de licence : .....Type : ..... Club : .....  
Ligue : .....  
N° Permis ou CASM : Catégorie : .....Numéro : .....

### CATEGORIE :

#### Seniors :

Seniors 1       Seniors 2+       Seniors 2       Seniors 3+  
 Seniors 3       Seniors 4+       Seniors 4

#### Mini trial :

MT 2       MT 3       MTE

### MOTO :

marque : ..... Cylindrée : ..... N° immatriculation : .....

### DROIT D'ENGAGEMENT DEVANT ARRIVER AU MOINS 10 JOURS AVANT L'EPREUVE

Seniors : 25 €

Mini trial (- de 12 ans) : 10€

Le droit d'engagement sera de 35 € si le pilote s'engage le jour même.

Pour les licences à la journée, elle est téléchargeable sur internet, ne pas oublier de faire le certificat médical pour valider l'inscription.

Tarif L.J. : Licence + participation : 45 € (ligued'Aquitaine)

Réglé :  chèque n° .....d'un montant de ..... établi à l'ordre du MC .....  
 espèces

Ce bulletin d'engagement, pour les pilotes mineurs, doit être signé par les parents.

Je soussigné, m'engage à respecter le règlement du Championnat de Ligue Aquitaine ainsi que les prescriptions du Code Sportif de la F.F.M.

Par ailleurs, je m'engage à donner tout pouvoir à une personne présente sur l'épreuve pour autoriser les actes médicaux nécessaires en cas de blessure de mon enfant (voir attestation jointe).

Fait à : ..... le : .....Signature :

**ATTENTION** : Tout bulletin dont le droit d'engagement sera non réglé ou incomplet ne pourra pas être pris en considération.

---

## ATTESTATION

Je donne tout pouvoir à l'organisation du .....pour autoriser les Actes Médicaux nécessaires en cas de blessure survenue à mon enfant lors de la manifestation de Trial du ..... à .....

Nom : .....Prénom : .....

Né le .....

Allergie(s) connue(s) de l'enfant :

Fait à ..... Le : .....

Nom : .....Prénom : .....

Représentant légal de : .....

Adresse : .....

Coordonnées téléphoniques du le responsable légal où celui ci pourra être joint :

Signature (précédée de la mention : « lu et approuvé ») :