

**COURSE DE COTE DE LAUSSONNE
DIMANCHE 17 AOUT 2014**

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES – RESERVE À L'ADMINISTRATION

| TRESORIER | GROUPE | CLASSE | N°DE COURSE | VERIFICATION |
|------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------------|
| RECU LE : | | | | |
| CHEQUE : | | | | |
| NOM : | | | | |

CONDUCTEUR

| | |
|-----------------------|--|
| NOM | |
| PRENOM | |
| ADRESSE | |
| TELEPHONE | |
| LICENCE | |
| CODE ASA | |
| NATIONALITE | |
| SEXE | |
| N°PERMIS | |
| DELIVRE A | |
| GROUPE SANGUIN | |

VOITURE

| | |
|-----------------------------|--|
| GROUPE | |
| CLASSE | |
| MARQUE | |
| APPELATION | |
| ANNEE | |
| IMMATRICULATION | |
| CYLINDREE REELLE | |
| NOMBRE DE CYLINDRES | |
| NUMERO DE CHASSIS | |
| NUMERO DU MOTEUR | |
| COULEUR DOMINANTE | |
| POIDS | |
| FICHE D'HOMOLOGATION | |
| PASSEPORT TECHNIQUE | |

Ci-joint la somme de 170^E00 représentant le montant de la participation aux frais que je règle :

- **chèque.**
- **CCP.**
- **ESPECE**
- **Groupe FC**

(Rayer les mentions inutiles)

Je certifie exactes les déclarations figurant sur le présent bulletin et m'engage à respecter la réglementation interdisant le dopage et accepte le contrôle éventuel des médecins accrédités.

DATE :

SIGNATURE :