



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

TRIAL CLUB DE MARCOUSSIS

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL /VILLE :

N° DE TEL PORTABLE :

FIXE :

EMAIL :

N° CASM :

TYPE DE LICENCE :

N° DE LICENCE :

CIE ASSURANCE MOTO :

N° CONTRAT :

RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS

N° PERMIS DE CONDUIRE :

DATE OBTENTION :

MARQUE MOTO :

CYLINDREE :

Document à retourner par mail au Trial Club : trialclub.marcoussis@laposte.net