



FICHE D'INSCRIPTION AM (BSR)

OPTION CYCLOMOTEUR OPTION QUADRICYCLE

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ MOBILE : _____

ADRESSE MAIL : _____

Je soussigné(e) _____

Né(e) le ____/____/____

Demeurant à _____

Agissant en qualité de (rayer les mentions inutiles) père, mère, tuteur,
représentant légale, souhaite réserver

La formation « AM » du ____/____/____

Vous devrez obligatoirement vous munir de votre équipement personnel

(Gants, casque, blouson épais à fermeture, chaussures adaptées)

Date : ____/____/____

Signature