

COMMISSION TECHNIQUE DEPARTEMENTALE des ACTIVITÉS CYCLISTES

Renseignements Association

INTITULE :

N° Association UFOLEP :

Siège Social :

Adresse : _____

Code Postal : _____ **VILLE** _____

PRESIDENT : Nom: _____ Prénoms : _____

Tel : Fixe: _____ Portable : _____ Adresse e- mail : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **VILLE** : _____

CORRESPONDANT UFOLEP

Nom: _____ Prénoms : _____

Tel : Fixe: _____ Portable : _____ Adresse e-mail _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **VILLE** : _____

Autres (s) Affiliations(s) : FEDERATION : F.F.C : _____ COMITE : _____

F.S.G.T. _____ COMITE _____

Ce document doit être impérativement renseigné et transmis lors de la 1ère demande de carte