

Gelieve in te vullen in HOOFDLETTERS

Veillez remplir en MAJUSCULES

Familienaam

Nom

Voornaam

Prénom

Straat + nummer

Rue + numéro

Postnummer

Code postal

Gemeente

Commune

Geboortedatum

Date de naissance

Man/Vrouw

Masculin/Féminin

M | V

GSM nummer

Numéro de GSM

Telefoonnummer

Numéro de téléphone

E-mail

E-mail

@

Handtekening (*)

Signature ()*

Datum

Date

(*) Ik verklaar in goede conditie te zijn en medisch geschikt bevonden om deel te nemen aan deze recreatieve veldritten.

Ik ben akkoord met het reglement, beschikbaar bij de inschrijving en op www.wvz.be

Je déclare d'être en bonne condition et autorisé médicalement de participer à ces cyclo-crosses.

Je suis d'accord avec le règlement, disponible à l'inscription et sur www.wvz.be

In te vullen door de organisatie / A remplir par l'organisation

Rugnummer

Dossard

Categorie

Catégorie