

Gelieve in te vullen in HOOFDLETTERS

Veillez remplir en MAJUSCULES

Familienaam

Nom

Voornaam

Prénom

Geboortedatum

Date de naissance

Man/Vrouw

Masculin/Féminin

M | V

E-mail

E-mail

@

Straat + nummer

Rue + numéro

Postcode

Code postal

Gemeente

Commune

Telefoonnummer

Numéro de téléphone

GSM nummer

Numéro de GSM

Handtekening (*)

Signature (*)

Datum

Date

(*) Ik verklaar in goede conditie te zijn en medisch geschikt bevonden om deel te nemen aan recreatieve veldritten en ben akkoord met het reglement, beschikbaar bij inschrijving en op www.wvz.be.

In het kader van de GDPR (General Data Protection Regulation) worden deze gegevens enkel gebruikt voor wettelijk verplichte of contractuele grond of voor gerechtvaardigd belang zoals beschreven in onze privacyverklaring (zie 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

Dans le contexte du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), ces données ne sont utilisées que pour des raisons juridiques ou contractuelles et pour des intérêts justifiés, comme décrit dans notre déclaration de confidentialité (voir www.wvz.be).

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

Rugnummer

Dossard

Categorie

Catégorie