

INSCRIPTIONS, VÉRIFICATION DES LICENCES



Compétition : _____ Date : _____

Nom du commissaire : _____ Signature : _____

PAGE N° _____ NOMBRE DE PAGES _____

	NOM, PRÉNOM	N° DE LICENCE	LICENCE COMPÉTITION OU CERTIFICAT MÉDICAL : OUI / NON
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Observations :