



**DEMANDE D'INSCRIPTION  
PASSAGERS SIDE-CAR supplémentaires  
JOURNEES COYOTE  
3 & 4 AOUT 2024**



**PILOTE** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**PASSAGER \_\_** Assurance complémentaire\* OUI  NON

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

@Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable ou fixe) : \_\_\_\_\_

**PASSAGER \_\_** Assurance complémentaire\* OUI  NON

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

@Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable ou fixe) : \_\_\_\_\_

**PASSAGER \_\_** Assurance complémentaire\* OUI  NON


Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

@Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable ou fixe) : \_\_\_\_\_

	Je joins ma demande d'inscription accompagnée mon règlement : 1 chèque		
1 chèque	Inscription PASSAGER supplémentaire	__ x	10 € =
	Assurance facultative* (par personne)	__ x	40 € =
	TOTAL à régler		___ €
A l'ordre du <b>Coyote Racing Team</b> , paiement en espèces sur place pour les participants étrangers			

\* : Assurance Accident : 10 000 € en cas de décès, 50 000 € en cas d'invalidité, 100 000 € en cas d'invalidité totale

**Je certifie avoir pris connaissance du règlement et je m'engage à le respecter**

Date : \_\_\_\_\_ Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

**Coyote Racing Team**

A retourner à : COYOTE RACING TEAM chez Florian COLOMBIN  
2 route du Poujols  
34240 LAMALOU LES BAINS  
☎ : 06.76.36.74.17 - ✉ : [pills84@hotmail.fr](mailto:pills84@hotmail.fr)

