|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam en Voornaam |  | | | |
| Adres |  | | | |
| Postcode en plaats |  | | | |
| Provincie |  | | | |
| Telefoon |  | Geboortedatum |  | |
| E-mail |  | | | |
|  | | | | |
| Uw aanvraag is pas definitief wanneer het lidgeld werd ontvangen via contante betaling of bij voorkeur op rekeningnummer BE66 7351 3230 3843 (begunstigde WTK – 3945 Ham) met vermelding van naam deelnemer. | | | | |
|  | | | | |
| In te vullen (in drukletters) door de geneesheer:  Ondetekende, Dr verklaart dat  Dhr/Mevr medisch geschikt is om aan wielerwedstrijden, onder de vorm van veldrijden, deel te nemen.  Eventuele opmerkingen:  CAT: NR:  Datum Handtekening + stempel  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | |  | |
| Deze aanvraag kan je doormailen naar **wtkcross@gmail.com** of  opsturen naar **WTK - Kastanjestraat 12A - 3945 Ham** of **meebrengen bij de eerste cross die je rijdt.** | | | |
|  | | | |