



NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... PORTABLE : ..... SECTION : .....

ADRESSE E-MAIL : .....

Confirme, par la présente, mon adhésion à : **L'Association Sportive Motocycliste Armagnac Bigorre**

**Ci-joint le règlement de la cotisation 2019 : 60 €**

*Date :*

**JOINDRE 1 PHOTO D'IDENTITE**

*Signature :*