

Participant «à mobilité réduite»

Nom: Prénom:

Sexe: M F

Âge:

GSM: Taille Tshirt :.....

Email:

Si licencié:

Licence:(joindre copie)

Nom du club:

Participant «valide»

Nom: Prénom:

Sexe: M F

Âge:

GSM: Taille Tshirt :.....

Email:

Si licencié:

Licence: (joindre copie)

Nom du club:

Coueurs «valides » supplémentaires:

Nom/Prénom:

Age:

Taille TShirt:

Nom/Prénom:

Age:

Taille TShirt:

Nom / Prénom:

Age:

Taille TShirt:

Pour le(s) coureur(s) “valide(s)” non-licenciés:

Fournir un certificat médical conforme datant de moins d'un an au jour de l'épreuve.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce bulletin et accepte dans sa totalité le règlement de l'épreuve mis à disposition sur famillespoir.org .

Signature du/des participant(s)

Bulletin à renvoyer avant le 14 Juin 2017 accompagné du montant de l'inscription et du certificat médical à:

FAMILL' ESPOIR – 143 avebur Raymond Barre – 97427 – Etang-Salé les hauts.

Tél : 0692 471500. Email : cedricmaillot@famillespoir.com