



CoursAPuz

Fiche d'inscription Saison 2016 / 2017

FORMULAIRE

Nom : Prénom :

Sexe :

Date de naissance :/...../.....

Adresse

.....

Code postal : Ville :

Téléphone (fixe ou portable) :/...../...../...../.....

E-mail

Date :/...../.....

Signature

Cotisation Saison 2016 / 2017: **20 eu**

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de

M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :