



# 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 :