

**Pas d'inscription
le dimanche**

Les 9 clochers en Beaujolais, 7 et 8 octobre 2017

BULLETIN D'ENGAGEMENT

A poster au plus tard le mardi 3 octobre (Réception courrier au plus tard jeudi 5 octobre)

Adresse : Les 9 Clochers J.Canolle 9 rue Maurice Ravel 69380 CHAZAY D'AZERGUES

A déposer jusqu'au jeudi 5 octobre inclus avant 17h :

TERRE DE RUNNING 8, rue de la Barre - 69002 LYON

TERRE DE RUNNING RN6 - 69760 LIMONEST

LES 9 CLOCHERS 1 Avenue de la République 69 CHAZAY D'AZERGUES



5 Clochers (12 Km)
11,00 €

9 Clochers (25 Km)
13,00 €

Foulées jeunes
2 € (8 octobre 2016)

Chèque à l'ordre de « Les 9 clochers » (Merci de ne pas l'agrafer)

(Un bulletin par coureur - Ecrire en majuscules SVP)

Votre nom : _____ Votre prénom : _____

Votre sexe : M F (entourer la bonne réponse) Votre date de naissance :/..... / 19

Club : _____

Je participe au challenge entreprise (Cochez cette case si c'est le cas et envoyez groupées, les inscriptions des 4 coureurs de cette équipe * Toutes les informations sur notre site)

Entreprise : _____ Nom de l'équipe : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse courriel _____ @ _____

Cochez l'une des cases suivantes :

Je suis licencié FFA ou FFTRI : je joins la photocopie de ma licence valide le 8 octobre 2017

Je suis non-licencié FFA ou FFTRI : je joins un certificat médical délivré après le 8 octobre 2016 portant obligatoirement la mention : Non contre-indication de la pratique de l'athlétisme en compétition ou de la course à pied en compétition.
Aucun autre libellé ne sera accepté

Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs nés après le 8 Octobre 1999

En complément de la photocopie de la licence ou certificat médical.

J'autorise mon fils - ma fille à participer à l'épreuve pour laquelle figure ci-dessus son inscription. Je l'autorise également à recevoir tous les premiers soins qui s'avèrent nécessaires en cas d'accident ; d'être transporté à l'hôpital en cas d'urgence et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente en cas de nécessité constatée par un médecin.

Nom : _____ Prénom : _____

Date : _____ Signature : _____

L'inscription sera refusée en cas d'absence de l'un des justificatifs demandés (loi n° 99-223 du 23 mars 1999). Extrait du règlement : « toute inscription implique la prise de connaissance et l'entière acceptation du règlement de l'épreuve »