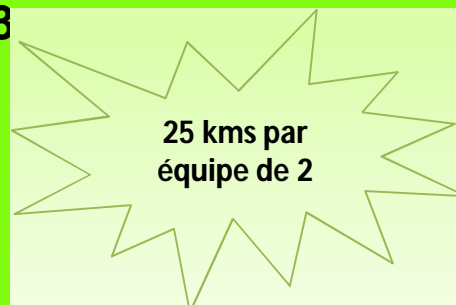


# Bulletin d'inscription relais Le relais de la GARDIOLE (à retourner par courrier jusqu'au 30 novembre 2013)

## 8 DECEMBRE 2013



### A ) Nom et adresse de l'équipe obligatoire (obligatoire)

Nom de l'équipe \_\_\_\_\_

club / nom de la société \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

### B ) Formule inscription

prix : 20 €

**ATTENTION** Plus d'inscription possible par courrier à partir du 30 NOVEMBRE, uniquement au village départ les 7 ET 8 DECEMBRE

### C ) Coordonnées des coureurs (nés en 1998 et avant)

1. Coureur Homme Femme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_

Mail : ..... obligatoire pour confirmation d'inscription

N° licence \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Coureur Homme Femme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ N° licence \_\_\_\_\_

### ATTENTION

• Photocopie de la licence FFA ou certificat médical de non contre indication à la pratique de la course à pied en compétition datant de moins d'un an.

• Bulletin à retourner à l'adresse suivante :

Mme Geneviève DURAND  
Trail de Mireval  
9 Ter chemin Courren  
34110 MIREVAL

Contact : mgaathle@gmail.com

### Chèque à l'ordre du M.G.A.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement et l'accepte dans son intégralité. Je déclare être couvert par une assurance personnelle et prendre sous ma responsabilité tout accident de santé pouvant être imputé à la suite directe de l'épreuve.

Date, signature  
précédée de la mention « lu et approuvé »

**Certificat médical**  
**Règlement sportif de la FFA**  
**Code du sport L.231-2 à L231-2-2**

**Fait à** : ..... **Le** : ...../...../.....

Je soussigné Docteur (nom prénom).....

Adresse .....

Tel.....mail .....

Agissant en qualité de médecin certifie avoir examiné :

**NOM** : ..... **PRÉNOM** : ..... **Age** ...../...../.....

**Adresse** : .....

**Code postal** : ..... **ville** ..... **pays**.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre –indication à la pratique de la course à pied  
En club, y compris en compétitions.

**Fait à** : ..... **Le** : ...../...../.....

Signature du médecin et Cachet du médecin