



Les foulées de l'Arve

BULLETIN D'INSCRIPTION 20__-20__ (à compléter, ex : 2019-2020)

Tarif : Annuel : 110 € ou Trimestriel : 38 €

Nom **Prénom**

Date de naissance .. / .. /

Adresse

Code postal

Tél privé :

Tél portable :

Tél pro(facultatif) :

E.mail :

(en minuscule - bien lisible)

Inscription annuelle : 110€

ou **trimestrielle** : 38€

Je certifie avoir souscrit une assurance personnelle (responsabilité civile individuelle) auprès de la compagnie d'assurance :

Taille vêtement (entourer la taille) : 36 – 38 – 40 – 42 – 44
ou XS - S - M - L - XL

Lieu et date : Signature :

Site : *lesfouleesdelarve.com*

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr.....

domicilié à

certifie avoir examiné ce jour Mr ou Mme (nom-prénom)

né(e) le . . / . . / . . et demeurant à

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'agence française de lutte contre le dopage un dossier d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à, le . . / . . / . .

(Cachet et signature du médecin)