



CORRIDA DE FAAA du Samedi 1^{er} décembre 2018 à 17h
INSCRIPTION EN RELAIS PAR EQUIPE DE 2 (SPECIAL MINIMES)

2 Minimes licenciés FAFP : 2000 F 1 Minime licencié FAFP et 1 non-licencié : 2500 F 2 Minimes Non-licenciés : 3000 F

1 ^{er} relayeur Minime		2 ^{ème} relayeur Minime	
NOM (MAJUSCULE)		NOM (MAJUSCULE)	
Prénom (MAJUSCULE)		Prénom (MAJUSCULE)	
SEXE :	M / F	SEXE :	M / F
Date de naissance :		Date de naissance :	
Association/Entreprise/ Club/Individuel :		Association/Entreprise/ Club/Individuel :	
N° de licence :		N° de licence :	
Taille du T-Shirt :	S / M / L / XL	Taille du T-shirt :	S / M / L / XL
Personne à contacter en cas d'urgence :		Personne à contacter en cas d'urgence :	
Son téléphone :		Son téléphone :	

Je déclare être apte médicalement à la pratique de la course à pied en compétition (ci-joint mon certificat médical datant de moins d'1 an)

Je déclare être apte médicalement à la pratique de la course à pied en compétition (ci-joint mon certificat médical datant de moins d'1 an)

Je dégage l'organisateur et ses partenaires de toute responsabilité résultant d'incident ou d'accident

Je dégage l'organisateur et ses partenaires de toute responsabilité résultant d'incident ou d'accident

Signature obligatoire du parent

Signature obligatoire du parent

*Chèque à libeller au nom de l'AS TEFANA Athlétisme



CORRIDA DE FAAA du Samedi 1^{er} décembre 2018 à 17h
INSCRIPTION EN RELAIS PAR EQUIPE DE 2 (SPECIAL MINIMES)

2 Minimes licenciés FAFP : 2000 F 1 Minime licencié FAFP et 1 non-licencié : 2500 F 2 Minimes Non-licenciés : 3000 F

1 ^{er} relayeur minime		2 ^{ème} relayeur minime	
NOM (MAJUSCULE)		NOM (MAJUSCULE)	
Prénom (MAJUSCULE)		Prénom (MAJUSCULE)	
SEXE :	M / F	SEXE :	M / F
Date de naissance :		Date de naissance :	
Association/Entreprise/ Club/Individuel :		Association/Entreprise/ Club/Individuel :	
N° de licence :		N° de licence :	
Taille du T-Shirt :	S / M / L / XL	Taille du T-shirt :	S / M / L / XL
Personne à contacter en cas d'urgence :		Personne à contacter en cas d'urgence :	
Son téléphone :		Son téléphone :	

Je déclare être apte médicalement à la pratique de la course à pied en compétition (ci-joint mon certificat médical datant de moins d'1 an)

Je déclare être apte médicalement à la pratique de la course à pied en compétition (ci-joint mon certificat médical datant de moins d'1 an)

Je dégage l'organisateur et ses partenaires de toute responsabilité résultant d'incident ou d'accident

Je dégage l'organisateur et ses partenaires de toute responsabilité résultant d'incident ou d'accident

Signature obligatoire du parent

Signature obligatoire du parent

*Chèque à libeller au nom de l'AS TEFANA Athlétisme