

Je désire participer à l'épreuve suivante : (cochez votre choix)

- 1.5km Course 2 euros né(e) en 1998 et après (2courses)
- 4km Course 4 euros né(e) en 1997 et avant
- 4km Marche 4 euros né(e) en 1997 et avant
- 10km Course 8 euros né(e) en 1995 et avant

+ 2 euros le jour de l'épreuve.

Intitulé du Club : _____

N° licence **FFA** ou FSGT/UFOLEP/FSCF/FFTriathlon
: _____

Non Licencié **FFA** ou FSGT/UFOLEP/FSCF/FFTriathlon

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE, joindre un certificat médical ou sa photocopie datant de moins d'un an de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme, de la Course à pied en compétition. Selon l'article L.231-3 du code du sport.

**A RETOURNER ACCOMPAGNE DE VOTRE
REGLEMENT**

A l'ordre du COB Athlétisme : 6 rue Digue Catrix 76260 EU

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse mail _____

Date de naissance _____ Sexe _____ Nationalité _____

Date et signature