

 **Dimanche**  
**02 avril 2017**

 **Trois-Bassins**

 **Cyclo Club de Trois-Bassins**  
CCTB

*Vélorun Electrique*

 **Date limite d'inscription au 30/03/2017**

**Tarif : 30 €**

*Les champs\* sont obligatoires*

Nom\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de naissance\* : ..... Sexe\* :  M  
Taille de T-shirt\* : .....  F Téléphone\* : 0 .....  
Nom d'équipe\* : ..... Contact en cas d'accident

Licence FFA ou PASS'RUNNING : .....  
Nom du club : .....

Nom : .....  
Téléphone : 0 .....

**Non licencié(e)** : Fournir un certificat médical **CONFORME** datant de moins d'un an au jour de l'épreuve.

**Mentions obligatoires** : vos nom, prénom et date de naissance,  
la "non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition",  
la date, le cachet et la signature du médecin.

Pour recevoir ma  
confirmation d'inscription

Être informé des changements,  
retrait de dossards...

*Pour être sûr de  
recevoir vos infos,  
attention à la lisibilité*

Email\* : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Offres et infos de l'organisateur et ses partenaires\* :  Oui  Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce bulletin et accepte dans sa totalité le règlement de l'épreuve mis à disposition sur sportpro.re.

Date\* : ..... / ..... / 20.....

Signature du participant  
parent / représentant légal si mineur →

### INSCRIPTION INTERNET

Fini les bulletins à chaque épreuve...  
Simplifiez-vous la vie !

Compte membre sur  
**www.sportpro.re**

**Non licencié(e)** votre certificat médical est conservé toute sa durée de validité

**Licencié(e)** vos données d'inscription directement transmises par la FFA

**Suivi de vos inscriptions  
historique, diplômes,  
paiement chèque ou CB**



En 2016, plus de 100 courses à portée de clic !

**ATTENTION** : tout dossier incomplet ou comprenant un certificat médical non conforme ne sera pas traité.

Votre dossier d'inscription papier :

- le présent bulletin
- le certificat médical
- le chèque à l'ordre de Sport PRO Réunion

À adresser par courrier à :



**Sport PRO Réunion**  
BP179 - 97470 SAINT-BENOÎT

*L'enregistrement de vos données personnelles a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL sous le numéro 1697309. Sport PRO Réunion s'engage à ne pas les utiliser ou les transmettre à des fins commerciales ou publicitaires, et ne peut les transmettre qu'à l'organisateur ci-dessus désigné, qui sera informé de votre choix concernant la réception d'offres partenaires.*



## CERTIFICAT MÉDICAL

Dans le cadre de l'article 1.1.009 de la réglementation FFC

pris en application de l'article L3622-2 du code de la santé publique

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

**M. / Mme.** (Prénom.NOM).....

Né(e) le ..... / ..... / .....,

demeurant à .....

.....CP : ..... Ville : .....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du Cyclisme en compétition, ceci pour une durée d'un an.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Cachet et Signature du Médecin

Remis en mains propres à la demande de l'intéressé.

*Ce certificat médical, établi par un médecin choisi librement par le sportif, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur. Valable une année, il est destiné à l'usage des acteurs de l'organisation d'évènements sportifs relevant de la FFC. Au service de ces derniers, et afin de pouvoir assurer la gestion et la conformité des inscriptions, Sport PRO Réunion conservera dans ce contexte une copie numérique de ce certificat dûment complété, déclaration n°1697309 faite auprès de la CNIL à cet effet.*