

Dimanche
30 Septembre 2018

Mont-Vert les Hauts

ORG Source V avant

Les foulées de la Fraise

 Date limite d'inscription au 27/09/2018

Cocher *

● Les foulées: 17 €
● Randonnée: 12 €

Les champs* sont obligatoires

Nom* : Prénom* :
Date de naissance* : Sexe* : M
Taille de T-shirt* : F
Sponsorisé (team) :

Téléphone* : 0

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 de la course à pied 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. En signant le présent document,
j'accepte que mes données personnelles soient stockées
numériquement pour le bon enregistrement de mon inscription
et des différents traitements inhérents.

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 2017, 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

Pour en savoir plus sur notre politique concernant les données personnelles et l'exercice de mes droits sur les données me concernant, visitez notre page www.sportpro.re/protection-des-donnees-personnelles.php.



CERTIFICAT MÉDICAL

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport

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 de l'Athlétisme en compétition ou de la Course à pied en compétition, ceci pour une durée d'un an, pour les distances maximum ci-dessous :

- 1 km pour la catégorie EA : École d'Athlétisme (jusqu'à 9 ans)
- 2 km pour la catégorie PO : Poussin (entre 9 et 11 ans)
- 3 km pour la catégorie BE : Benjamin (entre 11 et 13 ans)
- 5 km pour la catégorie MI : Minime (entre 13 et 15 ans)
- 15 km pour la catégorie CA : Cadet (entre 15 et 17 ans)
- 25 km pour la catégorie JU : Junior (entre 17 et 19 ans)
- pas de limite pour les catégories ES : Espoir, SE : Sénior, VE : Vétéran

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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

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, comme le prévoit les Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme (article 2.1.2), à l'usage des acteurs de l'organisation d'évènements sportifs relevant de la FFA. Au service de ces derniers, et afin de pouvoir assurer la gestion et la conformité des inscriptions, Sport PRO Réunion, partenaire Hors Stade de la LRA (Ligue Réunionnaise d'Athlétisme), conservera dans ce contexte une copie numérique de ce certificat dûment complété, déclaration n°1697309 faite auprès de la CNIL à cet effet.



CERTIFICAT MÉDICAL

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport

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 de la Randonnée pédestre, ceci pour une durée d'un an.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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

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 FFRandonnée. 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.