

 **Dimanche**  
**9 octobre 2016**

 **Sainte-Anne**

 **Samsora Tonique Athle Sainte-Anne**  
**STASA**

# Nature et Découverte Randonnée

 **Date limite d'inscription au 05/10/2016**

**Tarif : 17 €**

*Les champs\* sont obligatoires*

Nom\* : ..... Prénom\* : .....  
Date de naissance\* : ..... Sexe\* :  M  
Taille de T-shirt\* : .....  F Téléphone\* : 0.....  
Sponsorisé (team) : ..... **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 randonnée",  
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 : .....

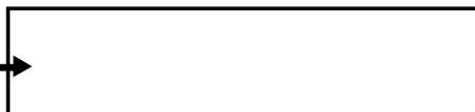
Ville : .....

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

Finis 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

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.*