



Dimanche

12 novembre 2017



Saint-Pierre



CALSSUD

Club d'Athlétisme Loisirs et Santé du Sud

Diab' Athlé' Tique Randonnée et marche découverte



Date limite d'inscription au 23/10/2017

Tarif : 8 €

Les champs* sont obligatoires

Nom* : Prénom* :

Date de naissance* : Sexe* : M F

Taille de T-shirt* : 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

Signature area

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.



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 FF Randonnée. 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.