



BULLETIN D'ADHESION

OU

DE RENOUVELLEMENT 2019

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de Naissance : _____ Sexe : F ou M (à entourer)

Adresse : _____

Mail : _____

Tel fixe _____ Tel Portable _____

Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de l'association Courir à Dol remise lors de mon inscription (disponible également sur le site <http://www.couriradol.com> et au bureau de l'association).

Fait à : _____ Le : _____

Signature obligatoire :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e), Docteur _____

Certifie avoir examiné Mme-Mlle-Mr _____

Agé de _____ ans, et n'avoir constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la course à pied y compris en compétition.

Fait à : _____ Le : _____

Signature et cachet du médecin