

# BULLETIN D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT 2019



NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : **F** ou **M** (à entourer)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél fixe \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tél Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Je souhaite obtenir des renseignements sur l'assurance "protection individuelle accident" proposée par Courir à Dol

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement Intérieur de l'association Courir à Dol remise lors de mon inscription (disponible également sur le site [www.couriradol.com](http://www.couriradol.com) et au bureau de l'association).

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature obligatoire :

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné Mme-Mlle-M. \_\_\_\_\_

Âgé(e) 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
- le triathlon y compris en compétition

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du médecin