

BULLETIN D'ADHÉSION OU DE RENOUELEMENT 2020



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 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