|  |
| --- |
| **INSCRIPTION EPREUVE MARATHON** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Êtes-vous** | **licencié ?** |
|  |  |
| Êtes-vous licencié de :  | **FFA - Fédération Française d'Athlétisme**

|  |
| --- |
| Oui |
| Non |

 |
|  |  |
|  |  |
| **Identité** |  |
|  |  |
| Nom de famille |   |
| Prénom |    |
| Date de naissance né(e)s en **1997 et avant** |                             |
| Sexe  |         |
| Email |   |
| Nationalité |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |
| Certificat médical ou Licence |  **Je m'engage à fournir une photocopie de mon certificat médical ou de ma licence** selon la méthode imposée par les organisateurs.  La participation à cette épreuve/activité **nécessite de fournir un certificat médical ou une licence** aux organisateurs, sous peine de ne pas pouvoir participer ni être remboursé. |
|  |  |
|  |  |
| **Licence** |  |
|  |  |
| Fédération d'appartenance |  |
| Numéro de Licence  |  (si non licencié : ne rien saisir !) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Adresse postale** |   |
|  |  |
| Numéro et Nom de la rue |   |
| Entrée, Bâtiment,Immeuble, Résidence |  |
| Complément d’adresse (Lieu-dit, ...) |  |
| Code postal |   |
| Ville, Cedex, État |   |
| Pays |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |  |
|  |  |
| **Téléphone** |   |
|  |  |
| Domicile |  |
| Mobile |  |
|  |  |
|  |  |
| **Questions** | **complémentaires (participant)** |
|  |  |
| Je certifie effectuer le Marathon en |               |
|  |  |
| J'ai bien noté que la LICENCE ou le CERTIFICAT MEDICAL sera à présenter exclusivement lors de la REMISE DES DOSSARDS |      Aucun autre mode de transmission n'est autorisé par l'organisateur |

**DOCUMENT A RETOURNER PAR MAIL A** **animation@avoc.fr**

**N’OUBLIEZ PAS DE FAIRE LE VIREMENT POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION**