|  |
| --- |
| **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**](mailto:animation@avoc.fr)

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