



FESTIVAL DES HOSPITALIERS BULLETIN D'INSCRIPTION

TRAIL DES HOSPITALIERS

(75 km)

Dimanche 29 octobre 2017

(Toute participation au Festival vaut acceptation du règlement)

Réservé Org.

N° de dossard :

Date arrivée courrier :

___ / ___ / 2017

VOS COORDONNEES POSTALES

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : ___ ___ Ville :

Pays : Club (facultatif) :

Votre e-mail : Téléphone : -- / -----

Réservé Org.

A. R. : Ok

VOS RENSEIGNEMENTS COURSES

Date de naissance : ___ / ___ / ____

Sexe : F M

Taille T-shirt FINISHER : XL L M S

Réservé Org.

Taille T-shirt :
 Ok

Avis médical :
 Ok

OBLIGATOIRE

Certificat médical **« de non contre indication à la pratique de la course à pied en compétition »** de moins d'un an **à la date de l'épreuve.**

OU

Photocopie de la licence **« mentionnant la course à pied en compétition »** en cours de validité **à la date de l'épreuve.**

LE REPAS D'APRES COURSE

Coureur (1) : oui, je mangerai après la course
 non, je ne prendrai pas le repas

Si vous invitez au repas d'autres personnes
Leur nombre : ___ à **12,00 euros**

(1) Le repas pour les coureurs est compris dans l'inscription.

Total du repas (I) : _____ euros

FRAIS D'INSCRIPTION

à 50,00 euros

Assurance annulation (2) : oui 4,00 euros non

Total des frais d'inscription (II) : _____ euros

(2) **Assurance annulation** : en cas d'annulation, vous récupérez la totalité du montant de l'inscription.

REGLEMENT DE L'EPREUVE

J'ai prie connaissance du REGLEMENT DE L'EPREUVE :

Total de l'inscription au Trail des Hospitaliers 2017 (I + II) : _____ euros

(Ordre du chèque : Festival des Hospitaliers)

Signature :

Réservé Org.

Chq : Ok
Espèce : Ok