



CERTIFICAT MEDICAL & AUTORISATION PARENTALE

Nom : - Prénom :

Numéro de licence de triathlon :

Tarif préférentiel – 2 €

Pas obligatoire d'être licencié

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CERTIFICAT MEDICAL – VALIDITE DEPUIS MOINS DE 1 AN

Je soussigné, certifie avoir examiné le compétiteur désigné ci-contre et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique des sports nautiques (paddle-natation) et des sports de Trail, course à pied dans les 2 catégories sportives en compétition.

Nom, prénom du médecin :

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins :

Date : / / 2017 - Cachet obligatoire :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE – VALIDITE DEPUIS MOINS DE 4 MOIS

Représentant légal pour les cavaliers mineurs : Père Mère Tuteur

Nom, prénoms :

Je soussigné, déclare autoriser mon enfant désigné ci-contre, à participer à cette compétition PADDLR RUN CUP .

Date : / / Signature :