ACLA ACLA

Numéro de Dossard : |_____| *(réservé à l'organisation)*

BULLETIN D'INSCRIPTION ALBA TRAIL

Deuxième édition Le 26 FEVRIER 2017 ALBAN (81)

A remplir et à renvoyer avant le **12 février 2017** accompagné du réglement et d'une **photocopie de la licence ou d'un certificat médical** de non contre indication à la course à pied en compétition de moins d'un an à la date de la course **(obligatoire)** à l'adresse suivant : **ACLA** *Lotissement des Crêtes, 7 chemin des Primevéres, 81990 CAMBON*
(Les chéques sont à libeller à l'ACLA) : **A**ssociation **C**ourses **L**oisirs **A**lbanaise

Majoration de 2€ pour les inscriptions à compter du 12 février 2017

Pour les mineurs autorisation parentale obligatoire

Cochez vos choix :

- ☐ ***26 km ALBA TRAIL D+ 1008 (15€)***
- ☐ ***12 km ALBA TRAILHOU D+ 439 (12€)***
- ☐ ***12 km ALBA MARCHE RANDONNEE D+ 340 (5€)***
- ☐ ***12 km ALBA MARCHE NORDIQUE D+ 340 (5€)***
- ☐ ***Repas coureur (10€)***
- ☐ ***Repas accompagnant (10€) x .....pers.***

TOTAL € : .....€

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ***Prénom :*** |__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ***Sexe: H*** |__| ***F*** |__|

Email|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|@|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse postale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code Postal : |__|__|__|__|__| **Ville :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tél. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de Licence ***(Obligatoirement saison en cours)*** **:** |_____|

Club : |__|__|__|__|__|__|__|__| Date d'obtention : *(obligatoirement saison en cours)*

☐ ***je reconnais avoir pris connaissance du réglement intérieur (visible sur le site internet : www.albatrail.wixsite.com/alba-trail***

Fait à _____ ***Date*** _____***Signature***

(Pour les mineurs, signature obligatoire du représentant légal et autorisation parentale)

ACLA ACLA