39ème Foulées Bruzoises - 1er octobre 2017

contact@fouleesbruzoises.fr

ÉCOLE

À l'attention des parents et de leur enfant

Vous trouverez ci-dessous **l'autorisation parentale / engagement du jeune** et **le certificat médical** nécessaires à l'inscription de votre enfant aux 39ème Foulées Bruzoises qui se dérouleront **Dimanche matin 1er OCTOBRE 2017.**

Merci de remettre ce document dûment complété et signé à l'enseignant(e) de votre enfant **pour le 22 SEPTEMBRE**. Passé ce délai, il devra être déposé ou posté à l'adresse suivante avant **Lundi 25 septembre** :

Association Foulées Bruzoises - Espace JA - 2 Esplanade Colette Besson - 35170 BRUZ

Si vous possédez déjà un certificat médical, il devra impérativement porter la mention précise suivante : **« pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition ou de la course à pied en compétition »**

Remise des dossards au Super U (Place de Bretagne à Bruz) **Samedi 30 septembre 2017 de 14h00 à 18h00**.

Aucune inscription ne sera enregistrée le jour de la course.

✂----------

AUTORISATION PARENTALE / ENGAGEMENT JEUNE

Monsieur, Madame :_____

autorise l'enfant :

Nom / Prénom : _____

École : → cocher votre établissement

Adresse :_____

Code Postal :_____ Ville :_____

Date de naissance :_____ Sexe : ☐ M ☐ F

Tél :_____ email :_____

à participer aux Foulées Bruzoises Dimanche 4 octobre 2015.

Courses :

- **Mini poussins Filles** (2008 à 2010)_____ ☐
- **Mini poussins Garçons** (2008 à 2010)_____ ☐
- **Poussins/Benjamins Filles** et **Garçons** (2004 à 2007) ☐

Cocher (ou ajouter) votre établissement :

Ecole Champ L'Evêque	BRUZ	
Ecole Publique Vert Buisson	BRUZ	
Ecole La Providence Vert Buisson	BRUZ	
Ecole Jacques Prévert	BRUZ	
Ecole La Providence centre	BRUZ	

En tant que coureur, je m'engage à avoir un comportement respectueux tant vis-à-vis des organisateurs que des participants.

Signature Parent(s) Signature Jeune

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine :_____

certifie avoir examiné ce jour l'enfant :_____

né(e) le :_____

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition ou de la course à pied en compétition.

Date Signature et Cachet du médecin