# 39ème Foulées Bruzoises - 1er octobre 2017

contact@fouleesbruzoises.fr

# COLLÈGE

## 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.**

✂----------

**Cocher (ou ajouter) votre établissement :**

| | | |
|---|---|---|
| **Collège Pierre Brossolette** | **BRUZ** | |
| **Collège St Joseph** | **BRUZ** | |
| **Collège St Paul** | **St ERBLON** | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## AUTORISATION PARENTALE / ENGAGEMENT JEUNE

Monsieur, Madame :_____
autorise l'enfant :
Nom / Prénom : _____

Collège : → 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) ☐

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