



**41<sup>ème</sup> Foulées Bruzoises - 06 octobre 2019**

**contact@foulesbruzoises.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 41<sup>ème</sup> Foulées Bruzoises qui se dérouleront **Dimanche matin 06 OCTOBRE 2019**.

Merci de remettre ce document dûment complété et signé à l'enseignant(e) de votre enfant **pour le 30 Septembre**. **Passé ce délai, il devra être déposé ou posté à l'adresse suivante avant le Jeudi 03 Octobre :**

**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 05 Octobre de 14h00 à 18h00**.

**Aucune inscription ne sera enregistrée le jour de la course.**

**AUTORISATION PARENTALE / ENGAGEMENT JEUNE**

**Cocher votre établissement :**

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 06 Octobre 2019.

Courses :

**Mini poussins Filles** (2010 à 2012) \_\_\_\_\_

**Mini poussins Garçons** (2010 à 2012) \_\_\_\_\_

**Poussins/Benjamins Filles et Garçons** (2006 à 2009) \_\_\_\_\_

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

École Champ L'Evêque	BRUZ	<input type="checkbox"/>
École Publique Vert Buisson	BRUZ	<input type="checkbox"/>
École La Providence Vert Buisson	BRUZ	<input type="checkbox"/>
École Jacques Prévert	BRUZ	<input type="checkbox"/>
École La Providence centre	BRUZ	<input type="checkbox"/>
École St Jean	St ERBLON	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Signature Parent(s)

Signature Jeune

**CERTIFICAT MEDICAL**

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