



41^{ème} Foulées Bruzoises - 06 octobre 2019

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 41^{ème} 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.

Collège Pierre Brossolette	BRUZ	<input type="checkbox"/>
Collège Saint-Joseph	BRUZ	<input type="checkbox"/>
Collège Saint-Joseph	St-Erblon	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<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