 FORMULAIRE INDIVIDUEL D’INSCRIPTION

 *Formulaire à renvoyer par mail :* *contact.avmps@gmail.com* *ou par courrier :* ***Association des Paralysés de France, délégation du Var, 58 rue Antoine Fourcroy- 83 130 La Garde***

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**Nom :** **Prénom :**

**Année de naissance :** **Sexe : H** **[ ]  F** **[ ]**

**Adresse :**

**Code postal :** **Ville :**

**Numéro de téléphone :** **Adresse e-mail :**

**Etes-vous coureur en fauteuil ? Oui** **[ ]  Non** **[ ]**

**Etes-vous licencié en club ? Oui** **[ ]  Non** **[ ]  Votre club :**

**Votre numéro de licence :**

**Type de licence :**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - Certificat médical : je m’engage à fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la course à pied ; ou à présenter ma licence (dans les deux cas datant de moins d’un an), au plus tard lors du retrait des dossards.**

**Dans le cas où vous ne présentez aucun des deux documents exigés, vous vous déclarez personnellement apte à la pratique de la course à pied. Par conséquent, vous engagez votre responsabilité et dégagez la responsabilité de l’organisateur de tout accident qui pourrait survenir et affecter votre santé du fait de votre participation à cette activité physique.**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - Autorisation parentale pour les mineurs : je soussigné(e)** **autorise mon fils, ma fille, âgé(e) de** **ans à participer à la course solidaire « *à vos marques, prêts … Solidarité*», et dégage l’organisateur de toute responsabilité**.

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - Déclaration du coureur :**

**[ ] Je reconnais avoir lu et adhéré entièrement au règlement général de la course solidaire « *à vos marques, prêts … Solidarité* ». Je certifie exacts les renseignements portés sur ce bulletin et accepte son règlement sachant qu’aucun remboursement ne sera effectué. Paiement de 8€ par chèque (à l’ordre de l’APF) ou par espèces. J’accepte sans réserve que mes noms, prénom, et photos prises pendant l’épreuve figurent dans les médias à l’issue de la course.**

**Fait à :** **Le :** **Signature**