

# Course du Moun 10 ème édition

## MONT-DE-MARSAN Mercredi 18 juillet 2018, 9h15

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse : .....
C.P : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Mail : .....
<input type="checkbox"/> <b>non-licencié</b> , un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme, ou de la course à pied, en compétition est <b>obligatoire</b> .
<input type="checkbox"/> Licencié : No de licence : ..... Club : .....
Type <input type="checkbox"/> Athlé. Compétition <input type="checkbox"/> Athl. Santé loisir running <input type="checkbox"/> Pass running <input type="checkbox"/> FSCF athlétisme <input type="checkbox"/> FSGT athl. <input type="checkbox"/> UFOLEP athlét. <input type="checkbox"/> Triathlon
<b>Rappel : les mineurs nés en 2002 et avant peuvent participer à la course mais les parents doivent remplir l'autorisation suivante</b>
Je soussigné ..... autorise mon fils/ma fille ..... <b>à participer à la Course Pédestre du Moun 2018 et en assume la pleine responsabilité</b>
Fait à ..... le ..... Signature
Les frais d'engagement sont fixés à 12 euros jusqu'au 17 juillet, et à 15 euros le jour de la course. Les bulletins d'inscriptions doivent être envoyés avant le 12 juillet 2018 avec un chèque de 12 euros à l'ordre de la « <b>Course du Moun</b> », avec le certificat médical ci-joint complété par le médecin, ou à défaut un certificat médical équivalent datant de moins de 1 an, ou une photocopie de licence d'athlétisme à l'adresse suivante : <b>« Course du Moun », 1 rue Justin Laurence, 40000 Mont de Marsan</b> <small>Le règlement complet, le parcours, les bulletins d'inscriptions, et le modèle de certificat médical sont disponibles sur le site : <a href="http://coursedumoun.com">http://coursedumoun.com</a> ou par simple demande écrite.</small>
<b>RESPONSABILITE CIVILE</b> : Les organisateurs sont couverts par une police d'assurance No 7127855904 souscrite auprès de AXA BEAUMONT LESNE, 602 avenue Foch 40000 Mont de Marsan ( tél 05 58 85 78 78) <b>INDIVIDUELLE ACCIDENT</b> : Les licenciés bénéficient des garanties par l'assurance liée à leur licence. Il incombe aux autres participants de s'assurer personnellement. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement complet de l'épreuve et en accepter les termes.
A ..... le / /2018 <b>Signature</b>
<h3>CERTIFICAT MEDICAL</h3>
Je soussigné, M. .... Docteur en médecine à .....
<b>ATTESTE QUE</b> <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle
Nom ..... né(e) le .....
<b>NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA COURSE A PIED, ET EN PARTICULIER EN COMPETITION HORS STADE.</b>
Fait à : ..... le : .....
<i>Signature et tampon du médecin obligatoire</i>