



BULLETIN D INSCRIPTION TRAIL ROSE
MARCHE ROSE dans les vignes
Dimanche 9 octobre – 1^{ère} édition 2016 à Chanos-Curson

N° Dossard

cadre réservé à l'association

Bulletin à renvoyer à : **Agir Contre le Cancer ACC26 – Quai Ulysse Chevalier – 26100 Romans** accompagné de :

- un **certificat médical** : Les coureurs non licenciés FFA, Français ou étrangers, doivent présenter l'original du certificat médical ou sa **photocopie de non contre-indication à la pratique de la course à pied y compris en compétition (mention obligatoire)** datant de moins d'un an à la date de l'épreuve. Attention, la responsabilité des organisateurs étant directement engagée, aucune inscription ne sera enregistrée, si la preuve n'est pas faite de l'existence du certificat médical (par sa présentation directe ou celle d'une licence).
- un chèque en fonction de sa participation : marche 5 € - trail 10 € - teeshirt 8 €, soit un total de :

DRESS CODE le maillot rose ou un accessoire rose est de rigueur pour être dans le thème de ce trail rose. Si vous n'en possédez pas, nous vous proposons le teeshirt du trail rose dans les vignes 2016 au coût de 8 € (dans la limite des stocks disponibles pour les inscriptions réalisées sur place), **à retirer en même temps que le dossard le samedi de 16h à 18h30 et le dimanche à partir de 8h à la salle des fêtes de Chanos Curson.**

- **inscriptions AVANT LE 9/10 /2016** TRAIL 10 km 10 € MARCHE 5km 5 € teeshirt rose 8 €
- **inscriptions LE 9/10/2016 sur place** TRAIL 10 km 12 € MARCHE 5km 7 € teeshirt rose 8 €

Nombre de participants :

Horaires de départ de la salle des fêtes de Chanos

- Trail
- Marche

- départ à 10 h
- départ à 9h30

NOM		Prenons	
Année de naissance :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse			
Cp.....		Ville.....	
Mail*		@	
Tél. fixe :		Tél. portable :	
Taille du teeshirt :		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	

PARTIE TRAIL uniquement

<input type="checkbox"/> Licencié Athlétisme FFA N° licence : Date de validité :	<input type="checkbox"/> Non licencié CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE Date :	<input type="checkbox"/> Licence FSCF FSGT UFOLEP avec mention de certificat médical Nom de la fédération : Date de validité : N° de licence
--	--	---

Club ou association.....

Je déclare avoir pris connaissance des instructions et du règlement vu sur le site internet <http://trailrose.com/inscriptions/>
Je vais emprunter des sites naturels : je m'engage à ne pas quitter le sentier, à ne rien jeter sur la voie publique, à ne rien dégrader.
 Je reconnais être informé de la nécessité d'être couvert par une assurance individuelle en cas d'accident.
 Je reconnais accepter l'utilisation de mon image à des fins promotionnelles.
 Je reconnais accepter que les certificats médicaux soient conservés par l'organisateur.
 En cas de force majeure et ou de mauvais temps, l'organisateur se réserve le droit de modifier les itinéraires ou d'annuler l'évènement dans un soucis de sécurité **sans aucun remboursement possible.**

Date : ____/____/2016 et Signature

Comment avez vous connu la course ?

- Affichage internet par connaissance presse quotidien autres : _____

** Un mail de confirmation de l'inscription vous sera envoyé, si votre adresse mail est exploitable (renseignée et lisible)*