

Formulaire d'Inscription Marathon International de Medghacen

Distance :	<input type="checkbox"/> Marathon	<input type="checkbox"/> 28 KM	<input type="checkbox"/> 14 KM
Nom:			
Prénoms:			
Date de naissance :			
Sexe			
Nationalité:			
Adresse :			
Wilaya :			
Tél :			
E-mail :			

Prière compléter ce formulaire d'inscription avec le certificat médical à transmettre par Fax au numéro suivant: 033 80 33 10 ou bien en pièce jointe par e-mail : marathonmedghacen@gmail.com

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin

Tampon du médecin _____

