

Formulaire d'Inscription Marathon de Medghacen

Distance :	<input type="checkbox"/> Marathon	<input type="checkbox"/> 25 Km	<input type="checkbox"/> 12 Km
Nom:			
Prénoms:			
Date de Naissance:			
Sexe:			
Nationalité:			
Adresse :			
Ville:			
Code Postale:			
Département ou Wilaya :			
Pays:			
Numéro de pièce d'identité :			
Profession:			
Club :			
Tél :			
Fax :			
E-mail :			
Certificat médical fourni par :			Le :
Inscription enregistrée à :			Le :
Questions & Remarques :			

Prière compléter ce formulaire d'inscription par un certificat médical à transmettre par Fax au numéro suivant: 00. 213 33 22 25 05 - 33 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 :