BULLETIN D'ENGAGEMENT

Nom :

Prénom :

Sexe : F M Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail :

INSCRIPTION

☐ Parcours 10km : 5 € / personne

☐ Parcours 20km : 10 € / personne

Je certifie sur l'honneur être titulaire d'une assurance R.C., avoir pris connaissance du règlement et des caractéristiques techniques du Thiérache Trail Aventure et dégage l'organisation de toute responsabilité en cas de dommages physiques ou matériels. Je joins à ce bulletin un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des sports de pleine nature.

Fait à : Le,

Signature