****

**B U L L E T I N D ’ I N S C R I P T I O N**

**Tour de France 2022**

**A renvoyer à la Maison des Réseaux de Santé de Savoie**

**avant fin mars 2022**

**RAPPEL Conditions de participation :**

* Avoir participé à un minimum de 6 entraînements parmi ceux proposés ci-dessus
* Avoir fourni un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité physique datant de moins d'un an ou le questionnaire santé.

**VOUS**

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

CP :

VILLE :

Tél Fixe :

Tél Portable :

Atteste avoir pris connaissance des conditions de participation au défi 2022

[ ]  Je les accepte et souhaite m’engager dans le programme.

[ ]  Je ne les accepte pas et je ne peux pas participer au programme.

Date :

Signature :

**CONJOINT.E**

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

CP :

VILLE :

Tél Fixe :

Tél Portable :

Atteste avoir pris connaissance des conditions de participation au défi 2022

[ ]  Je les accepte et souhaite m’engager dans le programme.

[ ]  Je ne les accepte pas et je ne peux pas participer au programme.

Date :

Signature :