****

**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 :