****

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

**Pentathlon 2023**

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

**Avant le 20 avril 2023**

**RAPPEL Conditions de participation :**

* Avoir participé à un minimum de 6 entraînements avec au moins 3 parmi ceux proposés sur le descriptif pentathlon 2023.
* 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 2023

[ ]  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 : [ ]  cocher cette case revient à apposer ma 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 2023

[ ]  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 : [ ]  cocher cette case revient à apposer ma signature