****

**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