ANAVENTURE 21/04/2024

DOSSARD	CATEGORIE

NOM

PRENOM

SEXE

M	F

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

VILLE C.POSTAL

E.MAIL

CLUB

TEL:

CERTIFICAT MEDICAL ☐ ou N° LICENCE:

Je participe à l'épreuve suivante : (cochez la case ci dessous)

TRAIL DE 23km50	17 €		08h30
TRAIL DE 12km500	12 €		09h30
RANDONNEE 10km	12 €		09H30
MARCHE NORDIQUE 10km	12 €		09H30

Fait à le

SIGNATURE :