



FROUZINS BONNE ACTION : Relais 3*6 km (16 ans et plus)

NOM DE L'EQUIPE (obligatoire) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe F/M	Relais N°1	
				Dossard :	
Adresse				Certificat médical	Payé
Email(<i>lisible en lettre capitale</i>) :		Tel :			

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe F/M	Relais N°2	
				Dossard :	
Adresse				Certificat médical	Payé
Email(<i>lisible en lettre capitale</i>) :		Tel :			

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe F/M	Relais N°3	
				Dossard :	
Adresse				Certificat médical	Payé
Email(<i>lisible en lettre capitale</i>) :		Tel :			

Tout participant à la course, autorise les organisateurs et leurs partenaires à utiliser son droit à l'image sans contrepartie et sur tout support, en conformité avec l'article 227-24 du code pénal.