**** Association du personnel Le CHA Beauté

 Centre Hospitalier Aiguilles-Queyras

 Rue Saint-Jacques – 05470 AIGUILLES

 hopitrail@ch-aiguilles.fr

 Infos au 04.92.48.49.04

**HOPITRAIL QUEYRAS**

**Bulletin d’inscription**

A renvoyer à l’adresse ci-dessus, accompagné d’un règlement de 15 € à l’ordre de l’association Le CHA Beauté

11.2 km – A partir de 16 ans

Nom : …………………………………………. Prénom : ………………………………...........................

Né (e) le : ……………………………………. Sexe :……………………………………………………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………..………….……………………………………………………………………………………………………………………………..

Anecdote amusante sur vous :………………………………………………………………………………. ………………………..…………………………………………………………………………………………………….

Participation à une équipe Challenge entreprise (minimum 4 coureurs) O/N :……… Nom de l’entreprise : …………………………………………………………………………………………….

Je déclare accepter le règlement et présenter une licence sportive (voir règlement) ou, pour les non licenciés, présenter l’original ou la copie certifiée conforme d’un certificat médical de moins d’un an d’aptitude à la pratique de la course à pieds en compétition, contre remise de mon dossard.

**Autorisation parentale pour les moins de 18 ans :**

Je soussigné M…………………………………autorise mon enfant …………………………………. à participer à l’épreuve.

Date : …………………………………. Signature :

**Dès 14 h : Kermesse ouverte à tous dans le parc de l’Hopital**

**** Association du personnel Le CHA Beauté

 Centre Hospitalier Aiguilles-Queyras

 Rue Saint-Jacques – 05470 AIGUILLES

 hopitrail@ch-aiguilles.fr

 Infos au 04.92.48.49.04

**HOPITRAIL QUEYRAS**

**Bulletin d’inscription**

A renvoyer à l’adresse ci-dessus, accompagné d’un règlement de 15 € à l’ordre de l’association Le CHA Beauté

11.2 km – A partir de 16 ans

Nom : …………………………………………. Prénom : ………………………………...........................

Né (e) le : ……………………………………. Sexe :……………………………………………………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………..………….……………………………………………………………………………………………………………………………..

Anecdote amusante sur vous :………………………………………………………………………………. ………………………..…………………………………………………………………………………………………….

Participation à une équipe Challenge entreprise (minimum 4 coureurs) O/N :……… Nom de l’entreprise : …………………………………………………………………………………………….

Je déclare accepter le règlement et présenter une licence sportive (voir règlement) ou, pour les non licenciés, présenter l’original ou la copie certifiée conforme d’un certificat médical de moins d’un an d’aptitude à la pratique de la course à pieds en compétition, contre remise de mon dossard.

**Autorisation parentale pour les moins de 18 ans :**

Je soussigné M…………………………………autorise mon enfant …………………………………. à participer à l’épreuve.

Date : …………………………………. Signature :

**Dès 14 h : Kermesse ouverte à tous dans le parc de l’Hopital**