



Merci de remplir très lisiblement

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ...../...../...../...../...../.....

Courriel : .....@.....

1 inscription =  
**5€**  
reversés à la  
ligue contre le  
cancer

### Je désire participer

- à la marche

- à la course

### Droit d'inscription

- 5€ pour moins de 18 ans

- 10€ pour 18 ans et plus

(Règlement par chèque à l'ordre de l'ASCH Rochefort)

Je reconnais et accepte sans conditions que par le seul fait de mon inscription, je m'engage à me soumettre à l'ensemble des dispositions du règlement consultable sur [www.lesdemoiselles-octobrerosse.fr](http://www.lesdemoiselles-octobrerosse.fr)

Date : .....

Signature : ..... (\*)

### Autorisation parentale pour les mineures

Je soussigné, Madame, Monsieur ....., père, mère, tuteur (1), autorise

..... à participer à l'épreuve des Demoiselles, le 17/10/2015 à Rochefort.

Date : .....

Signature : .....

(1) Rayer la mention inutile

**Bulletin d'inscription à retourner avant le 14 Octobre 2015 (cachet de la poste faisant foi) à**

Les Demoiselles - Centre Hospitalier de Rochefort - 1 avenue de Béliçon  
BP 30009 - 17301 Rochefort Cedex

Renseignements : 06.59.45.72.77 – [info@lesdemoiselles-octobrerosse.fr](mailto:info@lesdemoiselles-octobrerosse.fr)

**Informations disponibles sur le site [www.lesdemoiselles-octobrerosse.fr](http://www.lesdemoiselles-octobrerosse.fr)**