



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

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

Informations disponibles sur le site www.lesdemoiselles-octobrerosse.fr