



Athlétisme "Angers Trail"

Entrenez-vous et participez à la course de 8 km d'Angers Trail qui se déroulera le dimanche 5 juin 2016. (ouverte et adaptée à tous : distance entre 2 km et 8 km, accompagnement spécifique, intensité spécifique ...)

NOM : PRENOM :

ADRESSE : TEL : .../.../.../.../...

- Je souhaite participer au Trail de 8 km.
- Je souhaite participer aux entraînements proposés par ESCA'L et le collectif " courir pour escal ".
- Je joins le certificat médical dûment rempli (au verso).
- Je joins 7 € pour l'inscription à la course dans une enveloppe. J'indique dessus (mon nom / mon prénom / mon adresse). **Une enveloppe par personne.**

Les entraînements GRATUITS auront lieu tous : les mercredis du 27 avril au 01 juin de 17h30 à 18h30.



Esca'l
58 Boulevard du Doyenné
49100 ANGERS
Tél : 02 41 22 06 70
Internet : www.escal49.fr
Courriel : escal.accueil@adapei49.asso.fr

ASSOCIATION MEMBRE DE L'UNAPEI



Athlétisme "Angers Trail"

Entrenez-vous et participez à la course de 8 km d'Angers Trail qui se déroulera le dimanche 5 juin 2016. (ouverte et adaptée à tous : distance entre 2 km et 8 km, accompagnement spécifique, intensité spécifique ...)

NOM : PRENOM :

ADRESSE : TEL : .../.../.../.../...

- Je souhaite participer au Trail de 8 km.
- Je souhaite participer aux entraînements proposés par ESCA'L et le collectif " courir pour escal ".
- Je joins le certificat médical dûment rempli (au verso).
- Je joins 7 € pour l'inscription à la course dans une enveloppe. J'indique dessus (mon nom / mon prénom / mon adresse). **Une enveloppe par personne.**

Les entraînements GRATUITS auront lieu tous : les mercredis du 27 avril au 01 juin de 17h30 à 18h30.



Esca'l
58 Boulevard du Doyenné
49100 ANGERS
Tél : 02 41 22 06 70
Internet : www.escal49.fr
Courriel : escal.accueil@adapei49.asso.fr

ASSOCIATION MEMBRE DE L'UNAPEI

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____
né(e) le : _____ ne révèle aucune contre-indication à la
pratique de la course à pied en compétition.
Certificat établi à : _____ Le : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____
né(e) le : _____ ne révèle aucune contre-indication à la
pratique de la course à pied en compétition.
Certificat établi à : _____ Le : _____