ANNEXE 1

DUATHLON

F E U I L L E D ' I N S C R I P T I O N

S A M E D I 3 0 S E P T E M B R E 2 0 1 7

Administration ou extérieur : _____

Responsable de l'équipe : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ **Mail :** _____

Equipe n°	V.T.T. ou Course à Pied	NOM	Prénom	Licence ou Certificat médical	Observations (adm./extérieur)
	C. à Pieds				
	V.T.T				
	Solo				
	C. à Pieds				
	V.T.T				
	Solo				
	C. à Pieds				
	V.T.T				
	Solo				
	C. à Pieds				
	V.T.T				
	Solo				
	C. à Pieds				
	V.T.T				
	Solo				
	C. à Pieds				
	V.T.T				
	Solo				