

(à remplir par le représentant légal du coureur mineur)

Nom.....Prénom.....

Sexe.....Date de naissance.....

Autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné(e)autorise mon enfant
..... à participer aux épreuves de ce jour et autorise les organisateurs à prendre les mesures nécessaires pour soigner mon enfant en cas de nécessité.

Mon choix :

		
700 m	1,5 km	5 km
Participation : 3€		Participation : 5€

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de la course et plus particulièrement des distances maximum autorisées par catégorie d'âge.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de la course affiché sur place. Je renonce à mon droit à l'image (cf règlement de la course).

Ce coupon est à remettre sur place avant le départ.

Date et signature du représentant légal

8-Catégories d'âge

POUSSINS U12 : 2013-2014 (1,5 KM)
BENJAMINS U14 : 2011-2012 (1,5 KM)
MINIMES U16 : 2009-2010 (jusqu'à 4km)
CA cadets : 2007-2008 (jusqu'à 11 Km)
JU juniors : 2005-2006 (jusqu'à 11 Km)
ES espoirs : 2003-2004
S Seniors : 1990-2001
Masters : 1989 et avant

Les Catégories d'âge 2024
(valable jusqu'au 31 août 2024, ces catégories changeront le 1er septembre 2024)

CATEGORIE	CODE	ANNEE DE NAISSANCE
Mesters	VE	1989 et avant
Seniors	SE	1990 à 2001
U23 / Espoirs	ES	2002 à 2004
U20 / Juniors	JU	2005 et 2006
U18 / Cadets	CA	2007 et 2008
U16 / Minimes	MI	2009 et 2010
U14 / Benjamins	BE	2011 et 2012
U12 / Poussins	PO	2013 et 2014
Éveil Athlétique	EA	2015 à 2017
Baby Athlé	BB	2018 et après

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical. **Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON***

Durant les douze derniers mois

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A ce jour

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du coureur et de son représentant légal*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions

Pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions Certificat médical à fournir.

Date et signature du représentant légal