

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

POUSSINS U12 : 2014-2015 (1.5Kms)
 BENJAMINS U14 : 2012 – 2013 (1.5Kms)
 MINIMES U16 : 2010 – 2011 (jusqu'à 5kms)
 CA cadets : 2008 – 2009 (jusqu'à 11kms)
 JU juniors : 2006 – 2007 (jusqu'à 11kms)
 ES espoirs : 2003 - 2005
 S Seniors : 1991 - 2002
 Masters : 1990 et avant

Les Catégories d'âge 2025
 (valable jusqu'au 31 août 2025, ces catégories changeront le 1er septembre 2025)

CATEGORIE	CODE	ANNEE DE NAISSANCE
Masters	MA	1990 et avant
Seniors	SE	1991 à 2002
U23 / Espoirs	ES	2003 à 2005
U20 / Juniors	JU	2006 et 2007
U18 / Cadets	CA	2008 et 2009
U16 / Minimes	MI	2010 et 2011
U14 / Benjamins	BE	2012 et 2013
U12 / Poussins	PO	2014 et 2015
Éveil Athlétique	EA	2016 à 2018
Baby Athlé	BB	2019 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**
- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? OUI NON
 - Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? OUI NON
 - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? OUI NON
 - Avez-vous eu une perte de connaissance ? OUI NON
 - 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 ? OUI NON
 - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? OUI NON
- A ce jour**
- 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 ? OUI NON
 - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? OUI NON
 - Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? OUI NON

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

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