**INSCRIPTION STAGE « DU TRIATHLON POUR ELLE »**

**25-26 MARS 2017 - C.R.J.S D’Aubigny sur Nère**

**Objectifs du stage :** - La pratique du triathlon au féminin

 **-** Echange d’expériences

 - Encourager l’accès à la compétition

NOM : ………………………………………… PRENOM : ……………….…………………

Née le : ………………………………………….. CLUB : …………………………………

Adresse personnelle : ……………………………………………………………...…………

Téléphone fixe :…./…./…./…./…. Portable :…./…./…./…./….

E-mail : …………………………………………………………………………………………

Catégorie en 2017 = ❑ Cadette ❑ Junior ❑ Sénior ❑ Master

Nombre d’années de pratique du triathlon : ………………………………………………..

Je souhaite m’inscrire au regroupement féminin des samedi 25 et dimanche 26 mars 2017, au C.R.J.S. d’Aubigny sur Nère réservée aux féminines des catégories d’âges 2017 cadettes et plus.

Seules les inscriptions dûment remplies, accompagnées du règlement et renvoyées dans les délais seront prises en compte.

**ATTENTION :** Le nombre de places étant limité par la structure d’accueil, les dossiers seront retenus par ordre d’arrivée.

**Je joins un chèque de 60€ (*à l’ordre de la Ligue du Centre de Triathlon*) à cette fiche d’inscription ainsi que l’autorisation parentale et la fiche sanitaire pour les mineurs.**

J’envoie le tout avant **le 11 mars 2017** à : *Ligue du Centre de Triathlon – 1240, rue de la Bergeresse – 45160 - OLIVET*

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je soussigné(e) Mr Mme\*………………………………………… responsable légal, autorise ma fille\*…………………………………………. née le…………………………… à suivre le stage de triathlon organisé par la Ligue du Centre de Triathlon et qui se déroulera à AUBIGNY-SUR-NERE (18) les 25-26 mars 2017.

\*rayer la mention inutile

*J’autorise par la présente en cas d’accident (*rayer les mentions refusées)

* Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
* Le responsable du stage à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
* Le responsable du stage à prendre l’enfant en charge à la fin du stage et uniquement en cas d’indisponibilité absolue du représentant légal du mineur.

 Le……………….à………………. Signature

Observations - informations diverses *(régime alimentaire, dispenses de pratiques…)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….



