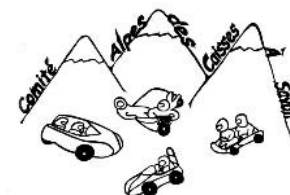


Document à renvoyer par mail au plus tôt à l'adresse suivante : caisseasavonAlpes@gmail.com



COURSE DE :

du :

 / / 2025

Type de Caisse et Equipage :

Important vous ne devez cocher qu'une (1) case pour le TYPE de CAISSE et qu'une (1) case pour l' EQUIPAGE	Type de Caisse :	☐ Monoplace	☐ Biplace
	Equipage :	☐ 1 pilote effectuant toutes les manches	☐ 1 pilote + 1 passager effectuant toutes les manches
		☐ 1 pilote différent à chaque manche (maxi 3 personnes) 1 seul pilote effectuera la manche d'essai	☐ 1 pilote + 1 passager effectuant 2 manches chacun

Tableau à renseigner pour **CHAQUE** participant :

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° Téléphone
1				
2				
3				

Le participant déclare : que les informations fournies sont rigoureusement exactes, avoir pris connaissance de notre règlement technique, que sa caisse à savon a été construite en accord avec ce règlement et qu'il agit sous sa seule responsabilité, pleine et entière.

A compléter et signer **si vous n'avez pas** de certificat médical

Par le représentant légal pour les participants mineurs

Par les participants adultes

1	Je soussigné Mme / M en ma qualité de représentant légal de atteste qu'elle / il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. <i>Date et signature du représentant légal</i>
2	Je soussigné Mme / M en ma qualité de représentant légal de atteste qu'elle / il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. <i>Date et signature du représentant légal</i>
3	Je soussigné Mme / M en ma qualité de représentant légal de atteste qu'elle / il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. <i>Date et signature du représentant légal</i>

1	Je soussigné Mme / M atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. <i>Date et signature du sportif</i>
2	Je soussigné Mme / M atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. <i>Date et signature du sportif</i>
3	Je soussigné Mme / M atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. <i>Date et signature du sportif</i>