

8ème ROUTE THERMALE - Mercredi 1er MAI 2024	8ème ROUTE THERMALE - Mercredi 1er MAI 2024																															
<p><u>Accueil</u> :Espace Andrée Chedid de Contrexéville</p> <p><u>Retrait des dossards et engagement sur place ( si maximum engagés non atteint ) :</u>            - mardi 30 avril Espace Andrée Chedid de 16h00 à 19h00            - mercredi 1er mai 2024 Espace Andrée Chedid de 7h00 à 08H15</p> <p><u>Départ fictif</u> : Avenue Gaston Thomson Face à la Maire de Contrexéville  <u>Départ réel</u> : Sortie de Vittel  <u>Arrivée</u> : Espace Andrée Chedid Contrexéville</p> <p><u>Repas - Remise des prix - Classements</u> : Espace Andrée Chedid</p>	<p><b>Demande d'engagement individuel pour : (<u>cochez votre choix ci-dessous</u>)</b></p> <p><input type="radio"/> <u>Grande boucle 125 km</u> - départ 9h00 - le repas est compris : 35 €</p> <p><input type="radio"/> <u>Petite Boucle 85 km</u> - départ 9h40 - le repas est compris : 35 €</p>																															
<p><u>Accès</u> : Autoroute A31 , sortie n° 9 Bulgnéville</p> <p><u>Hébergement</u> :            Office du tourisme de Vittel tel : 03 29 08 08 88  <i>infos@vitteltourisme.com</i>            Office de Tourisme de Contrexéville Tél : 03 29 08 08 69  <i>info@contrextourisme.com</i></p> <p><u>Contacts</u> :  <b>POUR L'ENGAGEMENT</b> : Eric LAMONTRE            166 rue de l'Abbé Marchal 88800 VITTEL            tél : 06 83 75 89 89 - ericlamontre 88@gmail.com</p> <p><b>POUR LA COURSE</b> : Gérard THOUVENOT            22 quai de Dogneville 88 000 EPINAL            Tel: 06 13 29 22 69 - thouvenot.gerard88@gmail.com</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1070 525 1406 571">NOM PRENOM</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 571 1406 617">DATE DE NAISSANCE</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 617 1406 663">CATEGORIE</td> <td data-bbox="1406 617 1568 663"><input type="radio"/> masculin</td> <td data-bbox="1568 617 1729 663"><input type="radio"/> handisport</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 663 1406 710">CLUB</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 710 1406 756">N° LICENCE OU DATE DE CERTIFICAT MEDICAL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 756 1406 802">ADRESSE</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 802 1406 849">CODE POSTAL ET VILLE</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 849 1406 895">N° DE TELEPHONE</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 895 1406 941">ADRESSE MAIL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 941 1406 1023">NOMBRE DE REPAS ACCOMPAGNANTS 12€</td> <td colspan="2" data-bbox="1406 941 2011 1023">NOMBRE :</td> </tr> </table>		NOM PRENOM			DATE DE NAISSANCE			CATEGORIE	<input type="radio"/> masculin	<input type="radio"/> handisport	CLUB			N° LICENCE OU DATE DE CERTIFICAT MEDICAL			ADRESSE			CODE POSTAL ET VILLE			N° DE TELEPHONE			ADRESSE MAIL			NOMBRE DE REPAS ACCOMPAGNANTS 12€	NOMBRE :	
NOM PRENOM																																
DATE DE NAISSANCE																																
CATEGORIE	<input type="radio"/> masculin	<input type="radio"/> handisport																														
CLUB																																
N° LICENCE OU DATE DE CERTIFICAT MEDICAL																																
ADRESSE																																
CODE POSTAL ET VILLE																																
N° DE TELEPHONE																																
ADRESSE MAIL																																
NOMBRE DE REPAS ACCOMPAGNANTS 12€	NOMBRE :																															
<p><u>Coureur</u> :</p> <p>Numéro de dossard :            Nom Prénom :            Tél portable :            groupe sanguin :</p> <p><u>Personne à contacter si besoin</u> :            Nom Prénom :            Lien de parenté :            Numéro de téléphone :</p> <p><b><u>CHAQUE COUREUR GARDE CETTE PARTIE DU DOCUMENT SUR LUI PENDANT LA COURSE</u></b></p>	<p><b><u>MERCI DE REMPLIR AVEC PRECISION CE BULLETIN D'ENGAGEMENT ET JOINDRE :</u></b></p> <p>Pour les licenciés : copie de la licence            Pour les non licenciés : copie de la pièce d'identité et certificat médical de moins d'un an d'aptitude à la pratique du cyclisme            Je soussigné _____ certifie avoir pris connaissance des conditions d'engagement.</p> <p><u>DATE ET SIGNATURE avec mention lu et approuvé</u> : _____ le _____            Signature :</p> <p><b><u>DEMANDE D'ENGAGEMENT À RETOURNER À :</u></b>  <b>Eric LAMONTRE</b>  <b>166 rue de l'Abbé Marchal</b>  <b>88800 VITTEL</b></p>																															