

**Marche Santé/ Marche Nordique – Sport Adapté – Mardi 23 Septembre 2025**

 **A retourner le jeudi 18 septembre au plus tard par mail à dylan.boudier@sportadapte.fr**

Etablissement/Club : ………………………………..…………………………………………………

Adresse  :………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………........Responsable de l'inscription : …….………..….…………………….……………………………….

Tel : ......./.....…/.....…/…..…/....… Mail….……………………….…..@…………………………………

**Merci d'indiquer les personnes participant à cette journée :**

|  | **N° licence annuelle** **(si licencié)** | **Nom** | **Prénom** | **Sexe (H/F)** | **Date de naissance****+ 55 ans**  | **Licence d’1 jour (cocher)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  | / / |  |
| 2 |  |  |  |  | / / |  |
| 3 |  |  |  |  | / / |  |
| 4 |  |  |  |  | / / |  |
| 5 |  |  |  |  | / / |  |
| 6 |  |  |  |  | / / |  |
| 7 |  |  |  |  | / / |  |



NB : Précisez si personnes en fauteuil roulant - Nombre d’accompagnateurs : …..…….

**Règlement:**

.……….. licenciés X Gratuit = €

………… non licenciés X 10€ / 30€ / 60€ = €

 

 **TOTAL = €**

**Partie réservée au CDSA35**

| DATE | N° FACT | Nombre de Participant | MONTANT  | RÈGLEMENT | Observations |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |