

**Signature :**

**Documents à fournir :**

* certificat médical d’aptitude, en cours de validité (pour les coureurs)
* le montant annuel de la cotisation : 50 euros

*A compléter par l’association*

Certificat médical : .......................................................................................................

Date d’adhésion : ........................................................................................................

# Bulletin d’adhésion

*à envoyer à l’adresse indiquée sur la gauche*

Nom : ..........................................................................................................................

Prénom : .....................................................................................................................

Date de naissance : ...................................................................................................

Adresse : ....................................................................................................................

Code postal / Ville : ....................................................................................................

Téléphone : ................................................................................................................

Adresse e-mail : .........................................................................................................

Coureur : ....................................................................................................................

Marcheur / Randonneur : ...........................................................................................

Sympathisant : ...........................................................................................................

**www.souffles-espoir.org**

**

***Les SOUFFLES de l'ESPOIR***

***Courir Contre la Mucoviscidose***

***21 rue du Martray***

***95240 Cormeilles en Parisis***

***Tél. : 06.81.15.38.48***

[***CoureursMuco@orange.fr***](mailto:CoureursMuco@orange.fr)