

POINT DE COLLECTE : _____ DATE : ____ / ____ / ____

COURSE : Marathon 42km
4000 FCFA Semi-Marathon 21.1km
2000 FCFA Course 10km
1000 FCFA Kids Stadium
Gratuit

PERSONNE A INSCRIRE :

Civilité : Monsieur Madame

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de Naiss. (JJ/MM/AAAA) : _____ Nationalité : _____

Type de pièce d'identité : CNI Passeport Permis de conduire

N° de la pièce d'identité : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Email : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Quartier : _____

Taille de tee-shirt : XXL XL L M S XS

J'atteste avoir pris connaissance dans son intégralité du règlement du Marathon Eiffage de Dakar et l'accepter sans réserve.

Signature : _____

Les participants doivent vérifier leur état de santé avant de s'engager. Pour être valable, ce formulaire doit être accompagné de la décharge médicale signée au verso et le cas échéant d'une autorisation parentale si l'inscrit est mineur.



RECEPISSE D'INSCRIPTION

POINT DE COLLECTE : _____

Le Marathon Eiffage de Dakar atteste que Mr / Mme _____

est inscrit à la course _____ qui aura lieu le Dimanche 14 Avril 2019.

Votre inscription vous sera confirmée par SMS ou par email dans les 72h après votre inscription. Si ce n'était pas le cas, merci d'appeler le numéro +221 33 839 73 39 entre 08h et 18h .