



Le soussigné déclare s'inscrire à l'Ultra Trail Fort Saganne du 27.01.2024 au 03.02.2024

Nom	Prénom
Adresse	Code postal
Ville	Pays
Numéro de passeport	Valable jusqu'au
Email	Portable
Taille de T-shirt	
Certificat medical délivré par: (nom du médecin et date)	Personne à contacter en cas d'urgence (nom, prénom et tel.)

Le/la soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du règlement de l'UTFS organisé par Cy & Sy Aventures et en accepte les termes. Il s'est renseigné au préalable sur les contre-indications médicales qui pourraient le concerner ainsi que sur les risques politiques propres à la Mauritanie et décharge de toute responsabilité l'organisation ainsi que le staff (médical et technique) de tout problème d'ordre médical, accidentel ou tout autre qui pourrait subvenir durant l'épreuve.
Il certifie avoir souscrit a une assurance assistance-rapatriement valable pour la course et la destination.

Lieu et date

Signature précédé de la mention « Lu et approuvé »