

Je pratique un autre sport ; lequel :  
Je le pratique (quel jour) :  
Durée de la séance :



En course à pied ;

Je peux pratiquer le : **lundi** (matin) (midi) (soir)  
**mardi** (matin) (midi) (soir) **mercredi** (matin) (midi) (soir)  
**jeudi** (matin) (midi) (soir) **vendredi** (matin) (midi) (soir)  
**samedi** (matin) (midi) (soir) **dimanche** (matin) (midi) (soir)

(Rayez les jours sans séance)

Je peux pratiquer des séances sur piste **oui** **non**  
Dimension de la piste 400m / 250m  
Autre ...

Mes objectifs : définissez-les,

**Aucun remboursement ne sera fait pour quelques raisons que se soit.**  
<http://running.management.com>

complétez le formulaire ci-dessous.

Civilité : Mr / Mme / Mlle Nom : Prénom :

Adresse :

-

Code postal : Ville/Commune :

Tel : e-mail :

Rencontres possibles à la Boutique Marathon : OUI / NON

26, rue Léon JOST -75017 Paris (Métro Courcelles) tel : 01.42.67.49.44 – 01.42.27.48.18

Je pratique depuis : ans Je m'entraîne : fois / semaine

J'ai une VMA de : km/h Je ne connais pas ma VMA

J'ai réalisé des tests d'efforts en « labo » sur tapis OUI / NON (nous les communiquer)

Age : Poids : Taille : Mon chrono est de : h mn s -- sur : kms  
Mon chrono est de : h mn s -- sur : kms  
Mon chrono est de : h mn s -- sur : kms

Faites nous parvenir un **certificat médical de non contre indication à la pratique de la course à pieds**, datant de moins d'un an.

**6 sem. : 75 € - 3 mois : 140 €**

Réglé par (chèque - liquide) | Somme : € | n° de chèque :

Le / / 200 à .....