

FICHE D'INSCRIPTION – KLOAR CHALLENGE

Nom de l'équipe : _____ Responsable : _____

Participant	Prénom / Nom	Âge
1
2
3
4

Numéro d'urgence : _____ Email : _____

Je soussigné(e), _____, autorise la participation au Kloar Challenge.

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____