

Trail in Chartres en Lumières 2025

Formulaire d'inscription

À RETOURNER À

chartresmtriathlon@gmail.com

C' Chartres Métropole Triathlon
Rue du médecin Général Beyne
28000 Chartres

IDENTIFICATION

Nom* _____

Prénom* _____

Adresse mail* _____

Téléphone fixe* _____

Téléphone mobile* _____

Format international pour les numéros hors métropole.

Date de naissance* _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pour organiser l'évènement au mieux, nous avons besoin d'informations complémentaires (dans le respect du RGPD)

Permis de conduire ? ☐ OUI ☐ NON

Avez vous le permis de conduire ?

Numéro de permis* _____

Nécessaire pour la préfecture

Binôme ?* ☐ OUI ☐ NON

Avez vous un binôme ?

Qui est ce binome ? _____

l'organisation fera au mieux pour vous mettre ensemble !

Choix du sandwich* Quel type de sandwich souhaitez vous ?

- [ ] Jambon beurre
- [ ] Thon mayonnaise
- [ ] Fromage
- [ ] Aucun

Disponibilité du lundi ☐ OUI ☐ NON

Seriez vous disponible lundi 7 de 6h à 9h pour ramener les cônes chez Cofiroute ?

Un commentaire à ajouter ? _____

Remarques libres de votre part (attention à ne pas indiquer de données personnelles sensibles : santé, religieuse, sexuelle, politique...).

* : Information obligatoire

VOS PRÉFÉRENCES

Missions	Souhaitées
Prépa circuits	☐
Aménagement du site	☐
Parking	☐
Accueil coureurs/bénévoles	☐
Retrait dossards	☐
Restauration	☐
Communication	☐
Sécurité	☐
Consigne	☐
Vélos ouvreurs/fermeurs	☐
Signaleurs course à pied	☐
Rangement Colisée	☐

VOS DISPONIBILITÉS

samedi 5 avril

☐ de 14:00 à dimanche 00:00 ☐ de 20:00 à dimanche 00:00

AUTORISATIONS

En signant ce formulaire j'accepte les conditions d'utilisation du site Vorg.frconsultable en ligne. (Signature d'un adulte si j'ai moins de 18 ans)

Nom, prénom _____

fait le _____

à _____

Signature