

10ème ROUTE THERMALE - Vendredi 1er mai 2026	10ème ROUTE THERMALE - Vendredi 1er mai 2026																																								
Accueil : Espace Andrée Chedid 123 rue Jean Moulin 88140 CONTREXEVILLE Retrait des dossards et engagement sur place : Salle G Brassens - JEUDI 30 avril 2026 de 16h00 à 17h30 - VENDREDI 1er mai 2026 de 7h00 à 08H15 Départ fictif : devant la Mairie de CONTREXEVILLE Départ réel : Sortie de VITTEL Arrivée : Espace Andrée Chedid CONTREXEVILLE Résultats repas et remise des prix : Espace Andrée Chedid Contrexeville	Demande d'engagement individuel pour : (cochez votre choix ci-dessous) (le repas est compris) 35€ POUR UNE INSCRIPTION JUSQU'AU 28/04/2026 45€ POUR UNE INSCRIPTION A PARTIR DU 29/04/2026 ☐ Grande boucle 125 km - départ 9h00 ☐ Petite Boucle 75 km - départ 9h30																																								
Accès : Autoroute A31 , sortie n° 9 Bulgnéville Hébergement : Office du tourisme de Vittel tel : 03 29 08 08 88 infos@vitteltourisme.com Office de Tourisme de Contrexéville Tél : 03 29 08 08 69 info@contrextourisme.com Contacts : POUR L'ENGAGEMENT : Eric LAMONTRE 166 rue de l'Abbé Marchal 88800 VITTEL tél : 06 83 75 89 89 - ericlamontre 88@gmail.com	<table border="1"> <tr> <td>NOM PRENOM</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>DATE DE NAISSANCE</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>CATEGORIE</td> <td>☐ masculin</td> <td>☐ handisport</td> <td>☐ féminine</td> </tr> <tr> <td>CLUB</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>N° LICENCE OU DATE DE CERTIFICAT MEDICAL</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>ADRESSE</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>CODE POSTAL ET VILLE</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>N° DE TELEPHONE</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>ADRESSE MAIL</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE DE REPAS ACCOMPAGNANTS</td> <td colspan="3">12€</td> </tr> </table>	NOM PRENOM				DATE DE NAISSANCE				CATEGORIE	☐ masculin	☐ handisport	☐ féminine	CLUB				N° LICENCE OU DATE DE CERTIFICAT MEDICAL				ADRESSE				CODE POSTAL ET VILLE				N° DE TELEPHONE				ADRESSE MAIL				NOMBRE DE REPAS ACCOMPAGNANTS	12€		
NOM PRENOM																																									
DATE DE NAISSANCE																																									
CATEGORIE	☐ masculin	☐ handisport	☐ féminine																																						
CLUB																																									
N° LICENCE OU DATE DE CERTIFICAT MEDICAL																																									
ADRESSE																																									
CODE POSTAL ET VILLE																																									
N° DE TELEPHONE																																									
ADRESSE MAIL																																									
NOMBRE DE REPAS ACCOMPAGNANTS	12€																																								
Coureur : Numéro de dossard : Nom Prénom : Tél portable : groupe sanguin : Personne à contacter si besoin : Nom Prénom : Lien de parenté : Numéro de téléphone :	MERCI DE REMPLIR AVEC PRECISION CE BULLETIN D'ENGAGEMENT ET JOINDRE : Pour les licenciés : copie de la licence Pour les non licenciés : copie de la pièce d'identité et certificat médical de moins d'un an d'aptitude à la pratique du cyclisme Je soussigné _____ certifie avoir pris connaissance des conditions d'engagement. DATE ET SIGNATURE avec mention lu et approuvé : le : _____ Signature : _____ DEMANDE D'ENGAGEMENT À RETOURNER À : Eric LAMONTRE 166 rue de l'Abbé Marchal 88800 VITTEL																																								
CHAQUE COUREUR GARDE CETTE PARTIE DU DOCUMENT SUR LUI PENDANT LA COURSE																																									