CIRCUIT DE LA COURSE

PARKING À L'EXTÉRIEUR

Adresse : 104, Boulevard Raymond Poincaré, 92380 Garches

Conception / Réalisation - Direction de la communication Hôpitaux Universitaires Paris Île-de-France Ouest - Juin 2018 - Crédit photo Gaëlle Le Bornec

LA GARCHOISE

COURSE HANDI - VALIDE

5ème édition

Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest
Site RAYMOND POINCARÉ

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

SAMEDI 23 JUIN 2018
14h à 17h

LA GARCHOISE
5 ème édition

« Des kilomètres solidaires »

Une course-relais
en équipe mixte handi-valide

En pratique :

De 14h à 17h, quinze équipes mixtes de 10 participants, effectuent une course-relais en binôme « handi-valide », sur une boucle de 700 m dans l'enceinte de l'hôpital Raymond-Poincaré.

Venez donner des km à votre équipe, faire le maximum de tours en 2h, en marchant, courant, ou en fauteuil !

Participants :

Personnes hospitalisées ou non, familles, amis, personnels soignants.

La course sera suivie d'un apéritif dinatoire.

Avec la participation de

GMF · La Garche Au cœur des Hauts-de-Seine · Hollister · Association Point Carré Handicap Hôpital de Garches www.apc-handicap.org · Île de France · HECA Handicap et Emploi au Crédit Agricole

POUR VOUS INSCRIRE

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

Âge : .....

VOUS ÊTES

☐ Handi :

☐ Fauteuil roulant manuel autonome,

☐ Fauteuil roulant manuel poussé par un tiers,

☐ Fauteuil roulant électrique,

☐ Marche avec canne ou ☐ Sans canne

☐ Actuellement hospitalisé à R.Poincaré

Service : .....

☐ Valide

Si vous souhaitez être dans l'équipe d'un autre participant, merci de préciser son nom :

.....

CONTACTS

Eric Delpech
Tél 01 47 10 79 00 Poste : 4 3037 ou 4 1197
eric.delpech@aphp.fr
mickael.teixeira@aphp.fr

Site internet : http://raymondpoincare.aphp.fr/

Si vous souhaitez participer à l'organisation de la journée en tant que bénévole merci de contacter :
Florence Pilliard - Poste 4 3038
florence.pilliard@aphp.fr

CERTIFICAT MEDICAL

À faire signer par votre médecin (ou venir le jour de la course avec un certificat médical)

Je soussigné Dr.....

.....

Certifie que M ou Mme .....

.....ne présente pas de contre-indication à la pratique d'une course en relais.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

Téléphone .....

Fait le .....

Signature

ATTENTION

Sans certificat médical,
vous ne pourrez pas participer à la course