|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| U.S.DAX - Section athlétisme**FFSA_Logo_CDSA40.jpg** | **COMITE DEPARTEMENTAL DU SPORT ADAPTE DES LANDES**  Hôtel du Département – 23 rue Victor Hugo  40 000 MONT-DE-MARSAN  Tél : 05 58 05 41 44 - E-mail : cdsalandes@gmail.com | Une image contenant texte, Police, conception  Description générée automatiquement |

En partenariat avec le **Service Sports Intégration et Développement** et le **Comité Départemental du Sport Adapté des Landes**, **l’USDax Athlétisme** vous invite au :

**CROSS DE DAX**

**Dimanche 10 novembre**

Stade du Gond – Rue Boumazel

ÉPREUVES SPORTIVES

La section athlétisme de l’US Dax propose une course Sport adapté de **2690m** pendant le cross qu’ils organisent.

Le cross est ouvert à toutes les classes et tous les âges. Un seul départ sera donné. A l’issue de la course, un podium sera décerné. Nous ferons uniquement un classement masculin et un classement féminin (Pas de distinction en fonction des classes et des âges).

Chaque sportif aura un dossard qui lui sera attribué. Merci de prévoir 4 épingles à nourrices pour accrocher les dossards.

**PROGRAMME SPORTIF**

A partir de 10h30 Retrait des dossards

12h10  Départ de la course toutes catégories.

**CONDITIONS D’INSCRIPTIONS**

* Attention ! Les sportifs doivent être **licenciés EN COMPETITION à la Fédération Française du Sport Adapté** pour la saison 2024-2025.
* Date limite d’inscription **: le lundi 4 novembre 2024**

CONTACTS

Sarah DINCLAUX 07.86.27.03.98

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| U.S.DAX - Section athlétisme**FFSA_Logo_CDSA40.jpg** | **SERVICE SPORTS INTÉGRATION ET DÉVELOPPEMENT**  Hôtel du Département – 23 rue Victor Hugo  40 000 MONT-DE-MARSAN  Tél : 05 58 05 41 44 - E-mail : ssid@landes.fr | Une image contenant texte, Police, conception  Description générée automatiquement |

**FICHE D’INSCRIPTION CROSS DE DAX**

**Dimanche 10 novembre 2024 - Dax**

**À renvoyer avant le lundi 4 novembre à cdsalandes@gmail.com**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° Affiliation**  **Nom de l’Association ou de l’établissement** |  |
| **Noms des accompagnateurs**  **Numéro de téléphone et mail** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM PRÉNOM** | **N° LICENCE** | **Date de Naissance** | **Sexe** | **Classe** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |