

COURSE CONTRE LE HANDICAP

NOM :	PRENOM :	CLASSE :	PROFESSEUR EPS :
COLLEGE :			

SPONSORS	NOM PRENOM	ADRESSE	SOMME PROMISE AU KMS	KMS REALISES COURSE	SOMME TOTALE PROMISE	SIGNATURE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

