



## PARCOURS DE PRÉVENTION SANTÉ



Nom

**SICRE**

Date de naissance

**19/12/1996**

Numéro de PPS

**P414B8AC6CC**

Prénom

**Clotilde**

Sexe

**Féminin**

Valable jusqu'au

**28/11/2024**

### Objet : Parcours de Prévention Santé

Par la présente, la Fédération Française d'Athlétisme atteste que le participant a effectué le Parcours Prévention Santé conformément à sa réglementation.

Il est rappelé aux organisateurs de manifestations d'athlétisme que pour l'inscription à une manifestation sportive, le Parcours de Prévention Santé doit avoir été effectué par la personne qui demande son inscription dans les trois mois qui précédent la date de la manifestation sportive concernée.

Fait à Paris, le 28/08/2024

La Fédération Française d'Athlétisme

