

Formulaire de demande de licence 2015



Rue de l'île Dossai, 12 - 5300 Sclayn
 ☎ 085/27.14.60 - Fax 085/31.76.95
 E-mail : secretariat@asaf.be
 Site Internet : <http://www.asaf.be>

Réservé au club

Reçu le

Signature du responsable et
Cachet du club

Photo d'identité

Sur papier PHOTO

(30 x 40 mm)

Coller
légèrement

N° 2015

1^{ère} licence
 Renouvellement

Date 1^o épreuve

Le 2015

Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES Taxe Service EXPRESS 50€

PROVINCE	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A1	ANCIEN N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		30 €	30 €	80 €	80 €	90 €	100 €	110 €					
NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRENOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEXE (M/F)
RUE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BTE
PAYS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NE(E) LE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEPHONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pseudonyme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100 €.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLUB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Abandon de Recours Participants
Déclaration à signer par le demandeur**

Je soussigné(e) déclare participer de ma propre initiative aux épreuves inscrites au calendrier ASAF et à ne participer qu'aux épreuves dont l'accès m'est ouvert en conformité avec les règlements de l'ASAF.

Je déclare renoncer pour moi-même, mes ayants droits, mes héritiers, mes proches (parents, conjoint, enfants) et nos assureurs, à tout recours contre:

- (1) l'ASAF et les CSAP;
- (2) le(s) propriétaire(s) et/ou exploitant(s) du circuit, si l'épreuve a lieu sur circuit;
- (3) le ou les organisateurs de la manifestation;
- (4) d'autres participants et, si l'épreuve a lieu sur circuit, d'autres utilisateurs dudit circuit;
- (5) les concurrents et les propriétaires ou détenteurs des véhicules participants,
- (6) les préposés, aides bénévoles et chargés de mission des personnes (ou organismes) visés aux points 1,2,3,4 et 5 ci avant ;
- (7) les assureurs des personnes (ou organismes) visés aux points 1 à 6 ci avant; pour tout dommage que je causerais ou subirais au cours d'une des épreuves (y compris entraînements) reprises au calendrier qu'il soit ou non la conséquence directe ou indirecte d'une négligence ou faute des personnes et des organismes repris sub 1 à 7 ci-avant. En cas de décès, le présent abandon de recours contient également engagement de porte-fort pour mes ayants droit, mes héritiers, mes proches et nos assureurs.

Par ma signature, je certifie sur l'honneur :

- a. être en possession de mon permis de conduire si l'activité pratiquée l'exige et m'engage à notifier à l'ASAF toute modification ou suspension de celui-ci ;
- b. que je m'engage à ne pas faire usage de drogues dites illégales ; je suis d'accord de me soumettre, lors de compétitions, aux contrôles effectués par la Fédération ou l'autorité de contrôle antidopage compétente, ainsi qu'aux contrôles du taux d'alcoolémie.
- c. que je sollicite, en même temps que ma licence, la qualité de membre adhérent de l'asbl ASAF, dont je m'engage à respecter les statuts et le règlement d'ordre intérieur.
- d. que j'ai pris connaissance des règlements qui régissent les épreuves automobiles organisées sous l'égide de l'ASAF et que je m'engage à les respecter sans réserve ainsi que tous les règlements dérivés, dont ceux, particuliers, des épreuves.
- e. que j'autorise l'ASAF à utiliser les informations contenues dans ce document, dans le cadre de la promotion des sports moteurs
Pour refuser cette autorisation, cocher ici :
- f. que je m'engage à déclarer à la compagnie d'assurance AXA, via le courtier **Roland LADURON & MORSA, toute infirmité ou maladie grave me survenant en cours d'assurance. Ceci, dans un délai de trente jours après leur survenance.** (Sont notamment considérés comme infirmité ou maladie grave: la cécité, la surdité, la paralysie, l'épilepsie, les attaques d'apoplexie, le delirium tremens, les troubles mentaux, le diabète et toutes les maladies ou infirmités aggravant dans une mesure similaire les risques d'accidents ou leurs conséquences)

Si - de 18 ans, OBLIGATION de joindre :

- une copie de la carte d'identité ou de l'acte de naissance
- une autorisation parentale légalisée (sur formulaire ASAF).
- une demande de «Certificat d'Autorité Parentale – CAP » (sur le même formulaire ASAF).

Fait àle 2015
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE 2015 (*)

Je soussigné, Dr.....

déclare que le pilote a bien subi les examens médicaux réglementaires et que son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique du sport automobile en compétition.

ECG d'effort : 0 oui - 0 non Date :

Avis ophtalmo : 0 oui - 0 non Date :

Vue corrigée : 0 oui - 0 non

Lunettes : 0 oui - 0 non

Lentilles : 0 oui - 0 non

Groupe Sanguin :Rh.....

Date vaccin antitétanique :/...../.....

Remarques : LICENCE CO-PILOTE UNIQUEMENT
 SURVEILLANCE MEDICALE
 LICENCE HANDICAPE

Date, Signature et cachet du médecin

ATTESTATION D'APTITUDE CARDIOLOGIQUE Examen obligatoire si 45 ans ou plus(*)

Je soussigné, Dr....., **cardiologue,**

déclare que le pilote a bien subi les examens cardiologiques réglementaires et que les résultats de ceux-ci ne montrent aucune contre-indication à la pratique du sport automobile en compétition.

Date, Signature et cachet du cardiologue

(*) Ces examens ne sont pas requis pour la licence « L »