



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>

Formulaire de demande de licence « 1J » 2016 (valable pour un meeting)

A payer le jour de l'épreuve au Commissaire Sportif

Réservé au secrétariat
de l'A.S.A.F.

N° 2016

Seuls les pilotes qui auront été classés, dans le courant de l'année, à une épreuve avec une licence annuelle de l'ASAF, pourront comptabiliser les points acquis lors de leur meilleure participation avec une licence « 1J- », pour autant qu'ils communiquent le résultat y obtenu au secrétariat de l'ASAF. Cette communication devra s'opérer lors de la demande de la licence annuelle, au plus tard, 1 mois avant la dernière épreuve du challenge / championnat concerné.

Nom de l'épreuve Date..... 2016

Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES

Type de licence souhaité	<input type="checkbox"/> 1J-L (10 €)	<input type="checkbox"/> 1J-C (15 €)	<input type="checkbox"/> 1J-B (50 €)	<input type="checkbox"/> 1J-A4 (70 €)
Certificat médical (Médecin de famille) / Expérience requise (voir au verso)	NON / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / OUI

Province	<input type="text"/>	Licence N° (épreuve)	<input type="text"/>	Licence en 2015 et/ou avant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sexe (H/F)
Rue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N°	Bte
Pays	Code postal	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nationalité	Permis conduire (B min.) depuis :	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gsm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<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 :

- 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 ;
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 :
- 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).

Fait àle 2016
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Date, signature & n° de licence du Commissaire Sportif

ATTESTATION D'APTITUDE MÉDICALE 2016 *

*** Cette attestation, valable pour 3 mois, n'est pas requise pour la licence "1J-L"**

Je soussigné, Dr.....
Médecin de famille** - Dépositaire du dossier médical** de

....., ci-dessus plus amplement identifié(e), déclare que son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique du sport automobile** - du Karting en compétition**.

** Biffer éventuellement les mentions inadéquates

Si la prise de décision nécessite des examens ou tests supplémentaires, prière de compléter le cadre ci-dessous :

ECG d'effort : 0 oui - 0 non
Si oui, valable jusqu'au 31/12/20.....
Date, signature et cachet du **CARDIOLOGUE** :

Examen ophtalmo : 0 oui - 0 non
Si oui, valable jusqu'au 31/12/20.....
Date, signature et cachet de l'**OPHTALMOLOGUE** :

Remarque :

- LICENCE CO-PILOTE UNIQUEMENT
- SURVEILLANCE MEDICALE
- LICENCE "HANDI"

Date, signature et cachet du **MEDECIN EXAMINATEUR**