



DEMANDE DE TITRE DE PARTICIPATION TOUR AUTO 2019 – REGULARITE

Temporary licence « Titre de Participation » Form Tour Auto 2019 - Regularity

Le Titre de Participation est une licence de pilote valide uniquement pour le Tour Auto 2019 en catégorie Régularité. Si vous avez déjà une licence de pilote Nationale ou de grade supérieur, le titre n'est pas nécessaire. Pilote et copilote doivent être licenciés.

The "Titre de Participation" is a race licence only valid for the Tour Auto 2019, in Regularity section. If you already have an annual National race licence or superior grade, this "Titre" is not mandatory. Driver and Codriver have to be licenced



- 1** Remplir page 3 « DEMANDE DE TITRE DE PARTICIPATION »
Fill in the document page 3 « DEMANDE DE TITRE DE PARTICIPATION »

- 2** Faire remplir le « CERTIFICAT MEDICAL » page 4 par votre médecin traitant (tampon+signature)
Have the « MEDICAL CERTIFICATE » page 4 filled in by your doctor (stamp + signature mandatory)

- 3** Procéder au paiement du Titre de Participation **93€** + assurance complémentaire optionnelle (**0€ / 149€ / 199€**)
*Proceed to the payment of the « Titre de Participation » **93€** + additional guarantee (**0€ / 149€ / 199€**)*
 - Par chèque à l'ordre de « ASA TOUR AUTO »
By Check, to « ASA TOUR AUTO »
 - OU/OR
 - Paiement en ligne à l'adresse : <https://peterauto.peter.fr/fr/plateaux/paiement-direct/>
Online payment at
 - OU/OR
 - Par virement IBAN (indiquer en référence « FFSA+Votre Nom ») :
*By bank transfer (in reference « FFSA+Your Name ») : IBAN **FR76 3000 3037 0372 6031 890***

- 4** Renvoyer les deux documents et la preuve de paiement
Send back both documents and proof of the payment

Par courrier :
By mail

Peter Auto – Titre de participation
103 Rue Lamarck 75018 – Paris

Par email :
By email

contact ASA TOUR AUTO – Pierre Lenfant
plenfant@peter.fr

CRÉATION **DUPLICATA**

CODE TP

TARIF TP €

Nom

Prénom

Sexe **M** **F**

CODE A.S.

N° DE TP

Date de naissance

Nationalité

E-mail

Adresse

Code postal **Localité de résidence**

N° de permis de conduire

délivré le **à**

Je soussigné(e)

Nom **Prénom**
name *firstname*
Cocher la case correspondante ci-dessous :

- En tant que demandeur majeur**
 En tant que titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mineur :

Nom / **Prénom** /

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cet imprimé.
Je reconnais avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des notices d'informations, référencées « Notice d'assurance licenciés FFSA 2019 », faisant partie intégrante du formulaire de Titre de Participation. **EN FOI DE QUOI, JE DÉCIDE DE** (cocher obligatoirement une case) :

Souscrire à la garantie complémentaire facultative EXECUTIVE (149 €) *additional safeguard 149€*

La souscription de l'option EXECUTIVE vous permet de **DOUBLER LES CAPITAUX** versés en cas de décès ou invalidité, soit jusqu'à **100 000 €** en cas de décès (hors majoration), jusqu'à **1 500 000 €** en cas d'invalidité.

Souscrire à la garantie complémentaire facultative PACK PREMIUM (199 €) *additional safeguard 199€*

Ce pack optionnel complet améliore la formule EXECUTIVE pour vous offrir une couverture optimale.

En plus du DOUBLEMENT DES CAPITAUX :
+ un montant forfaitaire de 1 000 € est prévu en cas de **FRACTURE OU BRÛLURE**.
+ REMBOURSEMENT DE LA LICENCE, en cas d'accident, mutation ou chômage au prorata temporis et dans la limite de 1 000 € en cas d'incapacité à pratiquer le sport automobile

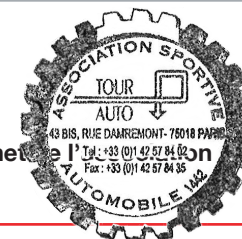
De ne pas souscrire à ces garanties complémentaires. *No additional safeguard*

Je donne mandat à mon A.S. pour effectuer les démarches nécessaires à la souscription de ma licence.

le **à**
On *At*

Signature du demandeur ou du titulaire de l'autorité parentale
Applicant's signature

Cache de l'Association Sportive Automobile



- J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive de la part de la FFSA ou de ses partenaires.
 J'autorise la FFSA à exploiter toutes photos ou films pris dans le cadre des activités fédérales, sur tous supports et notamment à des fins publicitaires ou promotionnelles.
Cette autorisation est consentie pour le territoire français et pour une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image.
 J'accepte la charte de protection et utilisation des données personnelles (voir charte page suivante).

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical Certificate

Je soussigné(e), _____
I undersigned

Docteur _____
Doctor

Certifie avoir examiné _____
Certify that I have examined

Né(e) le : _____
Born on

Et ne pas avoir décelé, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la
pratique du sport automobile en compétition
Do not show any clinical signs that contraindicated practice of motorsport in competition

A
At

Le
On

Signature du médecin
Doctor's signature

Cachet du médecin
Doctor's Stamp

