



1e Rallye National de Bretagne LTRS

Les 9 et 10 Juin 2018

DEMANDE D'ENGAGEMENT

A retourner à

Jean-Paul LE GOFFIC Le Bois de St Erven 56240 Plouay

Mail: limagolf56@orange.fr

Tel . 06 28 22 57 54

Ouverture des engagements : le 16 Avril 2018

Clôture des engagements : le 26 Mai 2018

3.1.11.1P. Les droits d'engagement sont fixés : Chèque à l'ordre de : RALLYE BRETAGNE ORGANISATION

- Avec la publicité facultative des organisateurs : 360€
- Sans la publicité facultative des organisateurs : 720€

Les pièces à fournir impérativement avec votre demande d'engagement sont :

- . Photocopie du permis de conduire du pilote et du copilote recto-verso
- .. Autorisation du propriétaire de la voiture engagée si différent du pilote.

Numéro	Groupe	Classe	Réglement <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces	Visa Adm	Visa Tech
--------	--------	--------	--	----------	-----------

	Concurrent	1e pilote	2e pilote	Voiture
Nom Prénom Sexe				Marque
				Modèle
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Année
Licence	N°		N°	Cylindrée exacte
	Code Ligue/ASA	Code Ligue/ASA	Code Ligue/ASA	Catégorie
	N° Carte ACO			Classe
Ecurie				Couleur
Adresse				N°PTH
				Passeport tech
	Code postal :	Code postal :	Code postal :	<p>Je déclare sur l'honneur de ne pas être sous le coup d'une suspension de permis de conduire ou de licence et être en possession de ces deux documents le jour de l'épreuve. Avoir pris connaissance de la réglementation anti-dopage et me soumettrais à tout contrôle de médecins accrédités. Je décharge expressément la responsabilité des organisateurs et m'engage à ne faire engager aucun recours envers eux à l'occasion de tout accident dont les conséquences ne seraient pas couvertes par les assurances prévues par la réglementation en vigueur. J'engage ma voiture conformément au règlement particulier et à la réglementation générale FFSA</p>
	Ville :	Ville :	Ville :	
N° de téléphone				
Adresse mail				
P de conduire	N° :		N° :	
	Délivré le :		Délivré le :	
	A :		A :	
Groupe Sanguin				
N° de téléphone embarqué dans la voiture				
Fait à		Signature 1e Pilote	Signature 2e pilote	
Le/...../.....				

Cher(e)s ami(e)s pilotes et copilotes,

Afin de compléter votre dossier, nous vous prions de remplir la fiche de renseignement ci-jointe pour nous permettre d'être efficace en cas de nécessité.

Tous nos meilleurs sentiments sportifs,

Dr François MINEUR
Médecin Fédéral Régional
ASACO OCEANE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Vous êtes* :** Pilote Copilote

Age : _____ **Sexe* :** F M **Groupe Sanguin :** _____

✦ Présentez-vous un handicap* ?

Oui Non

Si Oui, lequel ?

✦ Présentez-vous une maladie pour laquelle vous prenez un traitement ?

Oui Non

Si Oui, quelle maladie ?

Quel traitement ?

✦ Présentez-vous des allergies à certains médicaments* ?

Antibiotiques : Oui Non

Aspirine : Oui Non

()Rayez la mention inutile*