

FÉDÉRATION FRANÇAISE DU SPORT AUTOMOBILE

**FFSA**

TITRE DE  
PARTICIPATION  
**2018**



CRÉATION  DUPLICATA

CODE TP

TARIF TP €

Je soussigné(e)

Nom  Prénom

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

Sexe M  F

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 2018 », faisant partie intégrante du formulaire de Titre de Participation. **EN FOI DE QUOI, JE DÉCIDE DE (cocher obligatoirement une case) :**

CODE A.S.  N° DE TP

Souscrire à la garantie complémentaire facultative EXECUTIVE (149 €)

La souscription de l'option sécurité vous permet de DOUBLER LES CAPITALAUX 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.

Date de naissance  Lieu de naissance

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

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

Nationalité  E-mail

En plus du DOUBLEMENT DES CAPITALAUX :

+ 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.

Adresse  Localité de résidence

Code postal  N° de permis de conduire

délivré le  à

le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou du titulaire de l'autorité parentale

Cachet de l'association sportive

Les informations qui vous sont demandées sont indispensables pour la délivrance de votre Titre de Participation. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services de la FFSA ainsi qu'à ses organes. En application des articles 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations que vous pouvez exercer en vous adressant à la FFSA.

Si vous ne souhaitez pas que vos données soient communiquées à des tiers à des fins de prospection, veuillez cocher la case ci-contre.

Si vous ne souhaitez pas recevoir de propositions commerciales de nos partenaires par voie électronique, veuillez cocher la case ci-contre.

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU RALLYE DE REGULARITE SPORTIVE**

**Je soussigné(e).....**

**Docteur en médecine,**

**Demeurant.....**

**.....**

**Certifie avoir examiné .....**

**Né (e) le .....**

**et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre -  
indiquant la pratique du rallye de régularité sportive.**

**Fait à .....le .....**

**Cachet et signature du médecin**