

# Formulaire de demande de TP" "L" (valable pour un meeting)

**Pour les demandeurs MAJEURS en RO / Régularité ASAFA & Marathon**

 <p>Rue de l'île Dossai, 12 – 5300 Sclayn Tel. : 085/27.14.60 E-mail : <a href="mailto:secretariat@asaf.be">secretariat@asaf.be</a> Site Internet : <a href="http://www.asaf.be">www.asaf.be</a></p>	<p><b>Selon le choix de l'organisateur*</b>, la présente demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est à rentrer en même temps que l'inscription en ligne de l'épreuve pour laquelle le TP est sollicité et le montant du droit est à ajouter à celui de l'engagement ;</li> <li>- Est à remettre au secrétariat le jour de l'épreuve, où le droit du TP sera perçu par l'organisateur ou par un CS de l'ASAFA.</li> </ul> <p>*Voir RP de la manifestation pour connaître la procédure choisie</p>	<p>Réervé au secrétariat de l'ASAFA <b>N° 2026</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>N° du T.P. pour l'épreuve :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
<b>Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES</b>											
<b>Nom de l'épreuve : 16<sup>ème</sup> RAC de Pair</b>		<b>Date : 7 mars 2026</b>									

<p>Certificat médical (Médecin de famille) : <b>NON</b>  <b>Attestation non-contre-indication à la pratique du sport automobile, suffisante (Voir ci-dessous)</b></p>		<input type="checkbox"/> <b>TP- L (25 €)</b>		
<p>Expérience requise :: <b>NON</b></p>				
Province :			Je possédais une licence l'année précédente ou avant :	<b>OUI / NON</b>
Nom :				
Prénom :				Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Rue :				N° : _____ Bte : _____
Pays :	C.P. :	Localité :		
Né(e) le :	- / -	Nationalité :	Permis de conduire : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	Depuis + de 3 ans : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Téléphone fixe :		/	GSM : _____ / _____	
E-mail :				

**Age minimum : 18 ans (Voir également RSG, Article 2.)**

**Abandon de recours participants - Attestation d'aptitude - RGPD - Déclaration à signer par le demandeur**

Je soussigné(e) déclare participer de ma propre initiative aux épreuves inscrites au calendrier ASAFA et à ne participer qu'aux épreuves dont l'accès m'est ouvert en conformité avec les règlements de l'ASAFA et déclare renoncer pour moi-même, mes ayants droits, mes héritiers, mes proches (parents, conjoint, enfants) et nos assureurs, à tout recours contre :

l'ASAFA et les CSAP. ;

le(s) propriétaire(s) et/ou exploitant(s) du circuit, si l'épreuve a lieu sur circuit ;

le ou les organisateurs de la manifestation ;

d'autres participants et, si l'épreuve a lieu sur circuit, d'autres utilisateurs dudit circuit ;

les concurrents et les propriétaires ou détenteurs des véhicules participants ;

les préposés, aides bénévoles et chargés de mission des personnes (ou organismes) visés aux points 1,2,3,4 et 5 ci avant ;

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'ASAFA 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 j'ai pris connaissance des règlements qui régissent les épreuves automobiles organisées sous l'égide de l'ASAFA et que je m'engage à les respecter sans réserve ainsi que tous les règlements dérivés, dont ceux, particuliers, des épreuves.
- **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** : 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)

**Règlement Général pour la Protection des Données, en abrégé R.G.P.D.**

**Attention, il faut cocher les 3 cases pour que ce formulaire soit valide !**

<input type="checkbox"/>	Je sollicite, en même temps que ma licence, la qualité de membre adhérent de l'asbl ASAFA, dont je m'engage à respecter les statuts et le règlement d'ordre intérieur.
<input type="checkbox"/>	J'autorise l'ASAFA, les CSAP et le club à traiter les données reprises ci-dessus, en conformité avec la <u>déclaration relative à la vie privée</u> et aux données personnelles de l'ASAFA et du club, dont j'ai pris connaissance et auxquelles j'adhère. La déclaration susdite est disponible sur demande et consultable sur le site de l'ASAFA : <a href="http://www.asaf.be">www.asaf.be</a>
<input type="checkbox"/>	Je reconnaiss que l'absence de communication des données sollicitées ci-dessus rendra mon affiliation nulle et non avenue.

**Attestation de non-contre-indication à la pratique du sport automobile, à compléter**

J'atteste sur l'honneur être **apte à la pratique du sport automobile\*\*/karting\*\*** et ne présenter aucune contre-indication à la pratique du(des)dit(s) sport(s), en tant que pilote\*\*/co-pilote\*\*/passager\*\*.  
(\*\* Biffer éventuellement les mentions inadéquates)

Signature du demandeur précédée de la mention "lu et approuvé" :

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

Réervé au Com. Sportif	Date :	N° de Licence :	Signature du Com. Sportif Pour autant que l'attestation d'aptitude, ci-dessus, soit signée.
------------------------	--------	-----------------	--

# Formulaire de demande de TP "L" (valable pour un meeting)

**Pour les Co-Pilotes/Co-équipiers Mineurs (16 ans minimum) en RO/ Régularité ASAFA & Marathon**



Rue de l'île Dossai, 12 – 5300 Sclayn  
Tel. : 085/27.14.60  
E-mail : [secretariat@asaf.be](mailto:secretariat@asaf.be)  
Site Internet : [www.asaf.be](http://www.asaf.be)

Selon le choix de l'organisateur\*, la présente demande :

- Est à rentrer en même temps que l'inscription en ligne de l'épreuve pour laquelle le TP est sollicité et le montant du droit est à ajouter à celui de l'engagement ;
- Est à remettre au secrétariat le jour de l'épreuve, où le droit du TP sera perçu par l'organisateur ou par un CS de l'ASAFA.

\*Voir RP de la manifestation pour connaître la procédure choisie

Réervé au secrétariat de l'ASAFA

N° 2026

N° du T.P. pour l'épreuve :

--	--	--

**Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES**

**Nom de l'épreuve : 16<sup>ème</sup> RAC de Pair**

**Date : 7 mars 2026**

Certificat médical (Médecin de famille) : **NON**

Attestation non-contre-indication à la pratique du sport automobile, suffisante  
(Voir ci-dessous)

TP- L (25 €)

Expérience requise :: **NON**

Province :											Je possédais une licence l'année précédente ou	<b>OUI / NON</b>
Nom :												
Prénom :												Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Rue :												N° : _____ Bte : _____
Pays :	C.P. :											
Né(e) le :	-	-										Depuis + de 3 ans : <input type="checkbox"/> OUI / NON
Téléphone fixe :		/										GSM : _____ / _____
E-mail :												

**Age minimum 16 ans (Voir également RSG, Article 2)**

**Uniquement valable accompagné de l'autorisation parentale dûment complétée et signée  
(voir formulaire en fin de document ou à télécharger sur le site [www.asaf.be](http://www.asaf.be)).**

**Abandon de recours participants - Attestation d'aptitude - RGPD - Déclaration à signer par le demandeur**

Je soussigné(e) déclare participer de ma propre initiative aux épreuves inscrites au calendrier ASAFA et à ne participer qu'aux épreuves dont l'accès m'est ouvert en conformité avec les règlements de l'ASAFA et déclare renoncer pour moi-même, mes ayants droits, mes héritiers, mes proches (parents, conjoint, enfants) et nos assureurs, à tout recours contre :

- l'ASAFA et les CSAP. ;
  - le(s) propriétaire(s) et/ou exploitant(s) du circuit, si l'épreuve a lieu sur circuit ;
  - le ou les organisateurs de la manifestation ;
  - d'autres participants et, si l'épreuve a lieu sur circuit, d'autres utilisateurs dudit circuit ;
  - les concurrents et les propriétaires ou détenteurs des véhicules participants ;
  - les préposés, aides bénévoles et chargés de mission des personnes (ou organismes) visés aux points 1,2,3,4 et 5 ci avant ;
  - 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'ASAFA 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 j'ai pris connaissance des règlements qui régissent les épreuves automobiles organisées sous l'égide de l'ASAFA et que je m'engage à les respecter sans réserve ainsi que tous les règlements dérivés, dont ceux, particuliers, des épreuves.
  - 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 : 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)

**Règlement Général pour la Protection des Données, en abrégé R.G.P.D.**

**Attention, il faut cocher les 3 cases pour que ce formulaire soit valide !**

<input type="checkbox"/>	Je sollicite, en même temps que ma licence, la qualité de membre adhérent de l'asbl ASAFA, dont je m'engage à respecter les statuts et le règlement d'ordre intérieur.
<input type="checkbox"/>	J'autorise l'ASAFA, les CSAP et le club à traiter les données reprises ci-dessus, en conformité avec la <b>déclaration relative à la vie privée</b> et aux données personnelles de l'ASAFA et du club, dont j'ai pris connaissance et auxquelles j'adhère. La déclaration susdite est disponible sur demande et consultable sur le site de l'ASAFA : <a href="http://www.asaf.be">www.asaf.be</a>
<input type="checkbox"/>	Je reconnaiss que l'absence de communication des données sollicitées ci-dessus rendra mon affiliation nulle et non avenue.

**Attestation de non-contre-indication à la pratique du sport automobile, à compléter**

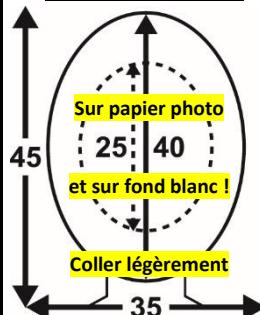
J'atteste sur l'honneur être **apté à la pratique du sport automobile** et ne présenter aucune contre-indication à la pratique du(des)dit(s) sport(s), en tant que pilote\*\*/co-pilote\*\*.  
(\*\* Biffer éventuellement les mentions inadéquates)

Signature du demandeur précédée de la mention "lu et approuvé" :

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

Réervé au Com. Sportif	Date :	N° de Licence :	Signature du Com. Sportif Pour autant que l'attestation d'aptitude, ci-dessus, soit signée.	
------------------------	--------	-----------------	--	--

**Formulaire d'Autorisation Parentale devant accompagner l'engagement  
(sauf si le participant est détenteur d'une licence annuelle ASAFAF)  
et l'éventuelle demande de "TP-L" pour les mineurs (âge minimum : 16 ans)**

 <p>Rue de l'île Dossai, 12 – 5300 Sclayn Tel. : 085/27.14.60 – Fax. : 085/31.76.95 E-mail : <a href="mailto:secretariat@asaf.be">secretariat@asaf.be</a> Site Internet : <a href="http://www.asaf.be">www.asaf.be</a></p>	<p style="text-align: center;"><b>Réservé au club</b></p> <p>Reçu le ...../...../.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Photo d'identité</b></p>  <p style="text-align: center;">Signature du responsable et cachet du club</p>	<p style="text-align: center;"><b>Réservé au secrétariat</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Autorité Parentale de la licence ou du TP :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"></td> </tr> </table>								
<b>Les candidats DOIVENT compléter le formulaire dans son intégralité en MAJUSCULES</b>										

**Autorisation du représentant légal pour les demandeurs mineurs (- de 18 ans)**

**Certificat ASAFAF d'Autorité Parentale (CAP)**

En cas de retrait de l'accréditation (CAP) par l'autorité sportive juridictionnelle, un nouveau certificat pourra être délivré moyennant le paiement d'une somme de **250 Euros**.

Je soussigné(e),																	
Nom : _____																	
Prénom : _____																	
Rue : _____																	
Pays : _____			C.P. : _____			Localité : _____			N° : _____			Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> X					
Né(e) le : - - -			Nationalité : _____			Bte : _____											
Téléphone fixe : / _____			GSM : / _____			_____			_____			_____					
E-mail : _____																	
agissant en qualité de représentant légal de :																	
Nom : _____																	
Prénom : _____																	
Né(e) le : - - -			Nationalité : _____			Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> X											

- a) l'autorise à pratiquer le sport automobile\*/ le karting\* / le Kart-Cross\* / les Disciplines ou Divisions\* qui lui sont réglementairement accessibles, dans le cadre des manifestations organisées sous l'égide de l'ASAFAF.
- b)\* Sollicite pour ma propre personne l'octroi d'un Certificat ASAFAF d'Autorité Parentale (CAP), aux conditions reprises dans les Prescriptions Sportives de l'ASAFAF de l'année en cours.
- c) Atteste sur l'honneur que mon fils/ma fille est physiquement apte à la pratique de ces activités et ne présente aucune contre-indication à la pratique de ce sport.

\* Biffer éventuellement cette mention, si non désirée

**Règlement Général pour la Protection des Données, en abrégé R.G.P.D.**

<input type="checkbox"/>	Je sollicite, en même temps que mon certificat, la qualité de membre adhérent de l'asbl ASAFAF, dont je m'engage à respecter les statuts et le règlement d'ordre intérieur.
<input type="checkbox"/>	J'autorise l'ASAFAF, les CSAP et le club à traiter les données reprises ci-dessus, en conformité avec la <b>déclaration relative à la vie privée</b> et aux données personnelles de l'ASAFAF et du club, dont j'ai pris connaissance et auxquelles j'adhère. La déclaration susdite est disponible sur demande et consultable sur le site de l'ASAFAF : <a href="http://www.asaf.be">www.asaf.be</a>
<input type="checkbox"/>	Je reconnaiss que l'absence de communication des données sollicitées ci-dessus rendra mon affiliation nulle et non avenue.

**Attention, il faut cocher les 3 cases pour que ce formulaire soit valide !**

Signature du demandeur précédée de la mention « lu et approuvé » :

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

**Légalisation de la signature  
par l'administration communale du  
domicile de la personne ayant autorité  
sur le mineur :**