



**PASS COMPETITION**  
TRITHUR  
20/06/2021 - Triathlon - XS - Individuel  
**(Course individuelle ou en contre la montre par équipe : 1 pass par athlète non licencié)**

2 euro(s)

**A remplir par le concurrent et à remettre au moment du retrait des dossards**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ...../...../.....

**EMAIL :** ..... **TELEPHONE :** .....

**Le pass compétition est gratuit pour les licenciés des fédérations de triathlon suivantes :  
Allemagne, Italie, Espagne, Portugal, Belgique, Luxembourg, Angleterre, Pays bas, Suisse.**

**FEDERATION D'APPARTENANCE :** .....

**NUMERO DE LICENCE :** .....

**ASSURANCE**

Le soussigné est informé :

- Qu'il bénéficie, dans le cadre de la présente manifestation, des garanties prévues au contrat d'assurance de responsabilité civile souscrit par la F.F.TRI. auprès d'ALLIANZ,
- Que le Pass Compétition ne comprend aucune garantie d'assurance de personne,
- Qu'il peut être de son intérêt de souscrire, auprès de l'assureur de son choix, un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels sa pratique sportive - la pratique sportive de son enfant - peut l'exposer.
- Que son vélo - le vélo de son enfant - ne bénéficie d'aucune couverture assurance. Les dégâts matériels qu'il - que son enfant - pourrait causer à son vélo ou aux vélos de tiers ne sont pas couverts par l'assurance responsabilité civile fédérale.
- Que les dégâts que des tiers pourraient occasionner à son vélo - au vélo de son enfant - ne sont pas couverts par l'assurance responsabilité civile fédérale.

**NEWSLETTER**

J'accepte de recevoir par courriel ou courrier postal des informations de la F.F.TRI. et/ou des offres commerciales préférentielles de la part des partenaires de la F.F.TRI.     OUI                     NON

Je soussigné(e) :

.....  
père/mère/représentant/tuteur légal du participant ci-dessus dénommé, autorise sa participation à l'épreuve proposée ce jour.

**SIGNATURE DU PARTICIPANT :**  
**(du père ou de la mère ou du représentant/tuteur légal pour les mineurs)**

DATE : .....