

N° Affiliation

038151913

N° C.A.P.

00930505

Souscription

ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE ET RISQUES DIVERS POUR LES EPREUVES, RANDONNEES ET MANIFESTATIONS CYCLISTES - A.C.T. -

CE DOCUMENT DOIT ETRE INTEGRALEMENT COMPLETE.

NOM DE LA PERSONNE MORALE (ASSOCIATION, CLUB, COMITE DES FETES, ...) ORGANISATRICE : SCALE
Adresse du club mais pas de boîte aux lettres : Gymnase A. Delaune - rue Tanouchian - 38130 ECHIROLLES
ADRESSE : du Président pour envoi courrier = IT. Laurent GLENAZ - 4 Place des Jacobins
CODE POSTAL : 38130 VILLE : ECHIROLLES
EMAIL : laurent.glenaz@orange.fr

■ NOM ET QUALITE DU REPRESENTANT DE L'ORGANISATEUR SIGNATAIRE : IT. Laurent GLENAZ, Président
■ SI LA PERSONNE OU L'ASSOCIATION ORGANISATRICE N'AGIT PAS UNIQUEMENT POUR SON PROPRE COMPTE, DESIGNER LES AUTRES COORGANISATEURS : _____

■ NOM ET APPELLATION DONNES A L'EPREUVE OU A LA MANIFESTATION A ASSURER : 6ème Grand Prix de Lalley

■ DATES ET HORAIRES AUXQUELS SE DERoule LA MANIFESTATION : 05/05/19 entre 10h et 17h
■ LIEU DE LA MANIFESTATION : Communes de Lalley et Trébois (38)
■ EPREUVE, COMPETITION SOUMISE A DECLARATION ☒

ATTENTION : VOIR INFORMATIONS IMPORTANTES AU VERSO.

Si vous souhaitez une A.C.T. globalisée, renseignez un bordereau par manifestation. Une proposition adaptée et globalisée vous sera adressée.

COTISATION :

- COURSES CYCLOSPORT ☒ BREVETS SPORTIFS ☐ COURSES CONTRE LA MONTRE ☐
1 jour ☒ 2 jours ☐ Nombre de participants* 100 Forfait = 102,50 €
Ou si l'effectif n'est pas identique les 2 jours :
Nombre de participants 1^{er} jour _____ Nombre de participants 2^{ème} jour _____
Forfait 1 journée : _____ € Forfait 2^{ème} jour : _____ € Total : _____ €
- COURSES VTT ☐ CYCLOTOURISME ☐ RANDONNEES VTT ☐ CYCLOCROSS ☐ TRIAL/BIKE TRIAL ☐ ENDURO VTT ☐
BICROSS ☐ BIKE AND RUN ☐ VELO COUCHE ☐
1 jour ☐ 2 jours ☐ Nombre de participants* _____ Forfait = _____ €
Ou si l'effectif n'est pas identique les 2 jours :
Nombre de participants 1^{er} jour _____ Nombre de participants 2^{ème} jour _____
Forfait 1 journée : _____ € Forfait 2^{ème} jour : _____ € Total : _____ €

* y compris bénévoles, encadrement et sécurité (ne répondant pas à la définition de l'article 2.2 des M.A.A.).

LES REPONSES FAITES AU PRESENT QUESTIONNAIRE SONT SOUMISES EN CAS D'OMISSION, D'INEXACTITUDE OU DE FAUSSE DECLARATION AUX SANCTIONS PREVUES PAR LES ARTICLES L.113-8 ET L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES.

Conformément aux dispositions de l'article L.112-2 du Code des Assurances, cette demande ne saurait octroyer une quelconque garantie d'assurance et n'engage aucunement l'APAC. Seul l'envoi des Conditions Particulières formalise l'acceptation par l'APAC de cette demande. IL EST DONC IMPERATIF QUE CETTE DEMANDE SOIT ADRESSEE AU MOINS 3 SEMAINES AVANT L'EPREUVE OU LA MANIFESTATION. Toute demande adressée postérieurement à ce délai est susceptible de ne pouvoir être étudiée auquel cas, aucune proposition d'assurance ne serait établie.

| | | |
|-------------------------|-------------------------------|---|
| Cachet de la Délégation | Cadre réservé à la Délégation | Je soussigné, responsable de l'association <u>SCALE</u> déclare : - m'être parfaitement conformé aux dispositions des articles R.331-7 à R.331-17.2 du Code du Sport, - avoir déposé la copie de l'ensemble des pièces demandées au titre des dispositions, ainsi que le document spécifique UFOLEP/APAC, auprès du Comité Départemental UFOLEP ou de la Délégation Départementale APAC, - disposer de la notice A.C.T. Manifestations, randonnées et épreuves cyclistes et accepter sans réserve les garanties précisées. A <u>Echirolles</u> le <u>27/02/19</u> Signature : <u>S. C. A. L. E.</u> |
|-------------------------|-------------------------------|---|

ASSUREURS PROCURANT LES GARANTIES :

- Assurance de personnes "Accident Corporel" : M.A.C. (Mutuelle Accidents de la Confédération Générale des Œuvres Laïques), mutuelle d'assurance à cotisations variables - Entreprise Mutuelle - Immatriculation au registre des mutuelles : 331903757 - 3 rue Récamier 75007 PARIS.
- Responsabilité civile, Assurance de dommages, Protection Juridique : Mutuelle Assurance des Instituteurs de France - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des Assurances - CS 90000 - 79038 NIORT cedex 9.
- Assistance : Garantie octroyée par la MAIF 79038 NIORT cedex 9 et mise en œuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA) G.I.E - Groupement d'intérêt économique au capital de 3.750.000 € - Siège social : 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à l'APAC la prise en compte de votre demande. Sauf opposition de votre part, nous pouvons être amenés à utiliser ces informations à des fins de prospection. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Pour toute demande, contactez l'APAC 21 rue Saint-Fargeau - CS 72021 - 75989 PARIS CEDEX 20.