

Coller
dans cette case
votre
vignette
d'accès piste



FORMULAIRE DECLARATION DE SINISTRE

COORDONNEES PILOTE

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du pilote : _____ Prenom : _____

Date de naissance : _____

Adresse du pilote : _____

N° de permis ou CASM : _____ Date d'obtention : _____

Telephone : _____ Email : _____

INFORMATIONS SUR LA MOTO

Immatriculation : _____ Marque : _____ Modele : _____

INFORMATIONS SUR LE SINISTRE

Date du sinistre : _____ Heure du sinistre : _____

Circuit : _____ Groupe : _____

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES :

Intervention du commissaire de piste : OUI NON Intervention medicale : OUI NON

CONSTATATION DES DOMMAGES

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES :

Pilote apte a poursuivre (*Validation par Médecin du circuit*): OUI NON

Moto hors d'usage (*Validation Organisateur*): OUI NON

COMMISSAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

Signature : _____

ORGANISATEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Signature : _____

MEDECIN CIRCUIT

Nom : _____

Prénom : _____

Signature : _____

Fait à :

Le :

Signature du pilote déclarant : _____



Willis Towers Watson