

## Bulletin d'inscription Parcours Mont Saint Michel / Tours

**A retourner exclusivement par courrier à l'adresse suivante, avant le 10 juillet 2021 :**

**Dominique FILLON  
1 Bis Mail David d'Angers, Appartement 294  
37000 TOURS**

NOM (en majuscules) : .....

PRENOM : .....

ADRESSE POSTALE : .....

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

PAYS : .....

ADRESSE E-MAIL (en majuscules) .....@.....

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA) ...../...../.....

TEL. Portable : ..... TEL. Fixe : .....

Licencié FFC/FFCT (Joindre la licence en cours - Dispensé d'envoyer un certificat médical) **OUI** **NON**

Accompagnant non cycliste (Dispensé d'envoyer un certificat médical) **OUI** **NON**

Taille de maillot (entourer la bonne taille) : **S / M / L / XL / XXL**

Je souhaite m'inscrire pour la totalité du parcours **OUI** **NON**

Je souhaite m'inscrire pour une partie du parcours (préciser ci-dessous en faisant référence au détail des étapes) :

Date	Etapes	Distance (Km)	Dénivelé (m)	Montant inscription (4 euros par étape totale ou partielle)
	Transport Tours / Mont Saint Michel			
06/09/21	Mont Saint Michel / Fougères	66	473	
07/09/21	Fougères / Laval	67	644	
08/09/21	Laval / Le Mans	82	813	
09/09/21	Jupilles / Tours	58	330	
	<b>TOTAL</b>	<b>273</b>	<b>2260</b>	

Attention : après le parcours (ou à la fin d'une étape donnée), le participant rentrera chez lui, ou à son point de départ, par ses propres moyens.

→ Je soussigné(e) Mme/M. .... affirme avoir pris connaissance des conditions de participation et du règlement de la manifestation et les accepte sans aucune réserve.

Fait à ..... le .....

### Pièces à joindre impérativement :

- ▶ Un chèque correspondant aux droits d'inscription (4€/étape **entière ou partie**/personne)
- ▶ Un certificat médical de non contre-indication à la pratique du vélo (daté de moins de 6 mois), le cas échéant
- ▶ Une attestation personnelle d'assurance en responsabilité civile
- ▶ Le formulaire d'autorisation de droit à l'image ci-joint dûment rempli et signé

### **Signature**

Précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

## Consentement à la fixation, reproduction et exploitation de l'image ou d'un autre attribut de la personnalité

Personne figurant sur le film/la photographie :	
NOM :	PRENOM :
Adresse (n°/rue)	
Code Postal	Ville :

A remplir par les représentants légaux et/ou les tuteurs <b>si la personne mentionnée ci-dessus est mineure</b> ou si elle ne jouit pas de sa pleine capacité légale :	
NOM :	PRENOM :
Adresse (n°/rue) :	
Code Postal :	Ville :

autorise l'**UNAFAM, sise 12 Villa Compont, 75017 Paris** à reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie financière, la (ou les) photographie(s), le film et ou l'enregistrement (ci-après les œuvres) me représentant, prises/réalisées dans le contexte suivant :

Date(s) et lieu(x) :
Événement : <b>Psycyclette 2021</b>

Les œuvres précitées seront utilisées par l'UNAFAM à fins de sensibiliser à la problématique des troubles psychiques.

L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct du siège de l'UNAFAM, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur le site de l'UNAFAM ([www.unafam.org](http://www.unafam.org))

L'UNAFAM pourra faire tout usage des œuvres, dans les limites précitées et à l'exclusion d'un usage publicitaire (entendu comme une diffusion nécessitant l'achat d'espace publicitaire).

La présente autorisation est consentie pour le monde entier et pour une durée de 15 ans.

Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée, à mon intégrité.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par l'UNAFAM.

*Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à :

Le :

Signature manuscrite de l'intéressé(e)