

**ASSOCIATION D'AIDE ET DE SOUTIEN
AUX MALADES
CLINIQUE VICTOR HUGO**

Association loi 1901



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
« Tandem contre le cancer » 14 septembre 2013

Monsieur, Madame,
demeurant.....

Mail:.....

Téléphone:.....

Participeront à la balade de voitures du **14 septembre 2013** dans le cadre de la journée « Tandem contre le cancer ».

Avec leur véhicule de marque.....année.....pouvant transporter
en plus du conducteur (*Nombre*).....personnes, abrité(es) des intempéries (oui) (non).

Engagement:

Pour cette balade et pour le transport des personnes, je m'engage à ce que le véhicule que je vais utiliser soit assuré avec une assurance notoirement reconnue et que cette assurance couvre les personnes que je vais transporter.

Je m'engage à faire ce transport à titre entièrement gratuit.

Je suis informé que des photographies ou des vidéos de mon véhicule et des personnes que je vais transporter sont susceptibles d'être réalisées par le public ou les journalistes présents. Je ne m'oppose pas à ces prises de vue.

Si vous souhaitez poursuivre cette journée avec nous, merci de bien vouloir compléter le présent coupon-réponse et le retourner à l'adresse indiquée en bas de page, complet, accompagné du règlement par chèque si possible.

(Journée entièrement gratuite pour les patients) :

(10 € par adulte non malade, intervenant ou bénévole et 5 € par enfant de 5 à 16 ans)

Réservation:

Je souhaite participer au pique-nique (oui) (Non) - Nombre de personnes:.....

Je souhaite participer au buffet dînatoire: (oui) (Non) - Nombre de Personnes.....(**Maxi 2**),
(**Rayer les mentions inutiles**)

Fait à.....Le .../...../2013 (Signature obligatoire du propriétaire ou responsable du véhicule le jour de la manifestation.)

(L'inscription ne sera valide que si elle est signée et accompagnée du paiement si il y a réservation pour le soir. Toute réservation tardive ou arrivée alors que le nombre de véhicule possible est atteint, sera retournée à son signataire, avec toute les excuses de l'AASM pour ne pas vous avoir pu accueillir)

La présente réservation doit être retournée à l'adresse suivante:

**Mr Dominique COLAS
21 boulevard Paixhans
Bâtiment 6 Appt 613
72000 LE MANS**

AASM - CLINIQUE VICTOR HUGO, 18 rue Victor Hugo 72015 Le MANS
contact : aasm.cliniquevictorhugo@gmail.com