

# EASYMONNERET

— Numéro 1 de la formation 2 roues en France —

## BULLETIN D'INSCRIPTION AU STAGE PERFECTIONNEMENT DRIVING CENTER

A retourner en lettre simple rempli et signé à :  
Monneret Formation, 2760 route des Hauts Du Camp, 83330 Le Castellet  
Ou par mail : [circuitsud@easymonneret.com](mailto:circuitsud@easymonneret.com)

### ETAT CIVIL

NOM:..... PRENOM.....  
ADRESSE:.....  
VILLE..... CODE POSTAL.....  
TEL:..... FAX :..... MAIL :.....  
DATE DE NAISSANCE :.....  
MOTO UTILISEE :.....  
DATE D'OBTENTION DU PERMIS :..... N° DU PERMIS :.....  
COMPAGNIE D'ASSURANCE :..... N°D'ASSURANCE :.....  
AVEZ-VOUS DEJA PRATIQUE LA CONDUITE SUR CIRCUIT ?.....  
SI OUI NIVEAU SUR CIRCUIT:  MOYEN  CONFIRME  PILOTE

PERFECTIONNEMENT NIVEAU 1  PERFECTIONNEMENT NIVEAU 2   
(cocher la case correspondante)

Date du stage.....  
J'attends de ce stage.....

Je loue une moto : SUZUKI 650 SV  OUI  NON  
TARIF LOCATION MOTO (nombre limité) 160€/ jour + CHÈQUE DE CAUTION DE 2500€

Je loue une combinaison  OUI : Taille en cm ..... Poids ..... Kg  NON  
TARIF LOCATION COMBINAISON (nombre limité) 50€ / jour + CHÈQUE DE CAUTION DE 650€

Personne(s) Accompagnante(s) (20 € par personne) :  OUI  NON

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

**TOTAL DU STAGE** ..... € TTC  
Pour effectuer votre règlement, joindre un chèque bancaire ou postal, libellé à l'ordre de MONNERET  
FORMATION.

"J'ai pris acte du fait que je pratiquerai les exercices et suivrai les conseils de pilotage à mes risques et périls, sous ma propre responsabilité, et je renonce à tout recours tant à l'encontre de l'école Monneret, qu'aux instructeurs et autres personnes rattachées à l'organisation ou à l'encadrement du stage. Je certifie par ailleurs être en possession du permis de conduire moto, être couvert par une police d'assurance en cours de validité. Je m'engage à respecter le règlement du stage qui m'a été remis."

**ATTENTION: Tout stage non décommandé 15 jours à l'avance ne pourra être reporté. Au-delà de ce délai, le stage sera considéré comme du. Les stages sont non remboursables.**

**Signature précédée de la mention "lu et approuvé"**

## DECLARATION DE L'ELEVE MOTARD A UNE FORMATION POST-PERMIS

### RECONNAISSANCE D'INFORMATION

Je, soussigné(e) Mr - Mme - Melle.....  
Né(e) le.....

Certifie avoir reçu de l'Ecole MONNERET toute information nécessaire à mon appréciation des conditions de formation et d'assurance.

Aussi, j'accepte cette formation, et notamment de manœuvrer et de piloter la moto seul(e) sans moniteur derrière moi, avec les risques et périls inhérents à ce type d'engin.

J'ai pris connaissance de la possibilité de souscrire un contrat d'assurance « Assurance complémentaire AMA » dans le but d'obtenir des indemnités en cas d'accident corporel, pour la somme de : **28 €TTC**.

Que je souscris

Que je refuse (\*)

(\*) J'affirme être parfaitement assuré par ailleurs sans faire la confusion avec une assurance de responsabilité civile ou mutuelle.

En tout état de cause, cette présente déclaration ne m'interdit pas d'exercer un recours envers tout tiers responsable d'un préjudice dont je serais la victime.

Fait à

la signature obligatoire



**BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT INDIVIDUEL ACCIDENTS N°6761629204  
(stage de perfectionnement sur piste)**

Souscrit par la Société MONNERET FORMATION – 26 avenue de la Grande Armée – 75017 PARIS  
au profit de ses élèves, par l'intermédiaire du cabinet AMA Assurances (Courtier d'Assurances n°  
ORIAS 07001556) – 13 boulevard Miredames - 81100 Castres auprès d'AXA France IARD – 313  
Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE Cedex

Je soussigné demande à bénéficier des garanties du contrat référencé ci-dessus et déclare être en  
parfaite santé et ne pas être atteint d'une infirmité permanente.

**ADHERENT** : NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Adresse mail : ..... Tél : .....

**ASSURE** :

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**JOURNEE DU :**

**BENEFICIAIRE DU CAPITAL DECES :**

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Adresse : ..... CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....

**INDEMNITES GARANTIES :**

<b>Décès</b>	<b>8.000 euros</b>
<b>Invalidité Permanente totale ou partielle</b> (franchise relative 15%)	<b>40.000 euros au maximum</b>
<b>Incapacité temporaire totale de travail suite à accident</b> (payable à partir du 4 <sup>ème</sup> jour, pendant 90 jours au maximum)	<b>30 euros</b>
<b>Frais de traitement</b>	<b>800 euros au maximum</b>

**COTISATION : 25 + 3 FC = 28 euros TTC.**

La cotisation doit être réglée par chèque à l'ordre d'AMA ASSURANCES *et adressée au 13  
Boulevard Miredames – 81100 Castres*

**DUREE DE LA GARANTIE :**

La garantie s'exerce pendant toute la durée du stage de perfectionnement. Elle prend effet à la date  
indiquée sur le bulletin d'adhésion (sous réserve du paiement de la cotisation) et cesse à la fin du  
stage.

**Cabinet AMALRIC**

13, boulevard Miredames  
BP 10203 - 81104 CASTRES  
Fax 05 63 72 38 06

106, rue Lamarck  
75018 PARIS  
Fax 01 49 27 06 64

Autorité de Contrôle Prudential - 61, rue Tarbout - 75436 PARIS CEDEX 09

Ouvert du lundi au vendredi

E-mail : info@ama.fr - Internet : www.ama.fr

**N° Indigo 0820 810 750**

0,12€ TTC/MN



Page 1/2

S.A.S. au capital de 37.000 €  
SIREN 479 414 716 - RCS CASTRES  
TVA FR 37 479 414 716  
N° de Gestion 2004 B 357  
N° ORIAS 07 001 556  
www.orias.fr



**BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT INDIVIDUEL ACCIDENTS N°6761629204  
(stage de perfectionnement sur piste)**

**Je déclare :**

**Certifier exacts les renseignements indiqués sur la demande d'adhésion comme sur le certificat médical et être informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues à l'article L.113-8 du Code des Assurances.**

**Accepter toutes les clauses et conditions du contrat en référence dont il reconnaît avoir pris connaissance.**

"Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- . Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement des Conditions Particulières ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- . Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés. . Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.
- . Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.
- . Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus."

Signature du bénéficiaire ou de son représentant

Fait A ..... LE .....

Page 2/2

**Cabinet AMALRIC**

13, boulevard Miredames  
BP 10203 - 81104 CASTRES  
Fax 05 63 72 38 06

106, rue Lamarck  
75018 PARIS  
Fax 01 49 27 06 64

Autorité de Contrôle Prudenciel - 61, rue Tailbout - 75436 PARIS CEDEX 09

Ouvert du lundi au vendredi

E-mail : info@ama.fr - Internet : www.ama.fr

**N° Indigo 0820 810 750**

0,12€ TTC/MN



S.A.S. au capital de 37.000 €  
SIREN 479 414 716 - RCS CASTRES  
TVA FR 37 479 414 716  
N° de Gestion 2004 B 357  
N° ORIAS 07 001 556  
www.orias.fr