AUTO SPORT SCHWEIZ GmbH / AUTO SPORT SUISSE Sàrl
Könizstrasse 161, CH-3097 Liebefeld, Telefon 031/979 11 11 Telefax 031/979 11 12

Lizenzgesuch 2009 Demande de licence

Zutreffendes bitte ankreuzen! *Cocher s.v.p. ce qui convient!*

[X] Erstausstellung / 1ère licence [ ] Erneuerung / Renouvellement | alte Lizenz / ancienne licence [ ] LOC [ ] NAT [ ] NAV [ ] REG [ ] INT [ ] BEW./CONC. | Nr. / No. _____ | Jahr / Année ( )

Fahrerlizenz / Licence de conducteur: [X] REG [ ] NAT [ ] JUNIOR [ ] INT [ ] A [ ] B [ ] C [ ] R [ ] D [ ] HISTORISCH [ ] OFF ROAD [ ] TRUCK [ ] DRAGSTER [ ] ELECTRO

Bewerberlizenz / Licence de concurrent: [ ] PRIVAT/PRIVÉE [ ] ECURIE

Navigatorlizenz / Licence de navigateur: [ ] NAV

Name / Nom: FELLER
Vorname / Prénom: RICHARD
Nationalität / Nationalité: CH
Strasse und Nummer / Rue et numéro: ROMBUET 170
PLZ / NP: 1616 Wohnort / Domicile: ATTALENS
Telefon privat / Téléphone privé: 021 911 11 91 11
Natel / Mobile:
Telefon Geschäft / Téléphone professionnel:
Telefax:
e-mail Adresse / Adresse e-mail:
Geb. am / Né(e) le:
Pseudonym / Pseudonyme (ggf. / evtl.):
No Führerschein / Permis conduire:
Datum / Date:
Kanton / Canton:
Mitglied / Membre: [ ] ACS [ ] TCS Sektion / Section
No

MEDIZINISCHES TAUGLICHKEITSZEUGNIS
ATTESTATION D'APTITUDE MEDICALE

(für Lizenzierte / pour licenciés INT + NAT + NAV)

Aufgrund ihrer heutigen, gemäss den gültigen Reglementen (*vgl. Rückseite*) durchgeführten medizinischen Untersuchung wird die nebengenannte Person für die Ausübung des Automobilsportes als **tauglich** befunden.

Selon son examen médical de ce jour, effectué dans le respect des règlements applicables (*voir au verso*), la personne ci-contre est déclarée **apte** à la pratique du sport automobile.

EKG durchgeführt / ECG effectué [ ] Ja / Oui [ ] Nein / Non

Sehkraft korrigiert (Brille oder Linsen) / Vue corrigée (verres ou lentilles) [ ] Ja / Oui [ ] Nein / Non

Unter besonderer medizinischer Aufsicht / Surveillance médicale particulière [ ] Ja / Oui [ ] Nein / Non

Datum / Date _____

Stempel und Unterschrift des untersuchenden Arztes
Timbre et signature du médecin examinateur

Ich wünsche unter folgender Bewerberlizenz an den Veranstaltungen teilzunehmen:
Je souhaite participer aux épreuves sous la licence de concurrent suivante:

[ ] Privat / Privée [ ] Ecurie: PORSCHE SPORTS CUP SUISSE n°13

Fahrzeug: Véhicule: Marke / Marque: PORSCHE Typ / Type: GT3
Hubraum / Cylindrée: 3,6 cm³ Gruppe/Groupe «H» = Periode _____

OBLIGATORISCHE UNFALLVERSICHERUNG / ASSURANCE ACCIDENTS OBLIGATOIRE

Grundleistungen gemäss Kollektivvertrag NSK / Prestations de base selon contrat collectif CSN

Heilungskosten / Frais de traitement	NAT-CH/EU	Gedeckt durch die Leistungen der gesetzlichen Versicherungen (Unfallversicherung [UVG] bzw. Krankenkasse mit Unfallversicherung [KVG])
	INT-Welt	Versichert in Ergänzung der gesetzlichen Versicherungen (UVG / KVG)
	NAT-CH/UE	Couverts par les prestations des assurances légales (Assurance accidents [LAA] resp. Caisse maladie avec assurance accidents [LAMal])
	INT-Monde	Assurés en complément des assurances légales (LAA / LAMal)

Todesfall / Décès ..... CHF 60'000.–
Invalidität / Invalidité ..... CHF 110'000.–
Taggeld (ab 61. Tag) / Indemnité journalière (dès 61e jour)..... CHF 80.–

Ergänzungsleistungen vgl. Tarifblatt / Prestations complémentaires voir fiche de tarifs

OBLIGATORISCH / OBLIGATOIRE
(Für Erstausstellung oder Erneuerung von Lizenz vor 2005)
(Pour première licence ou de renouvellement d'une licence d'avant 2005)

AKTUELLES PASSFOTO
(Format max. 60 x 45 mm)
hier leicht ablösbar aufkleben

PHOTO-PASSEPORT ACTUELLE
(Format max. 60 x 45 mm)
coller légèrement ici

Mit meiner Unterschrift: Ich bestätige die Richtigkeit der auf diesem Formular aufgeführten Angaben. Ich erlaube der ASS meine Adresse in Verbindung mit Automobil-/Kartsportaktivitäten weiter zu geben. Ich bestätige, dass ich mit keinem Führerausweisentzug belegt bin und dass kein diesbezügliches Verfahren gegen mich hängig ist.
Ich bestätige ebenfalls, den untersuchenden Arzt genauestens über meinen psychischen und physischen Gesundheitszustand sowie über frühere Erkrankungen informiert zu haben.
Ferner verpflichte ich mich, keine sog. verbotenen Drogen oder Methoden, wie in der Verbotsliste des Welt-Anti-Doping-Codes der WADA, in der Liste von Swiss Olympic oder im Antidopingreglement der FIA definiert, zu verwenden und erkläre den Wortlaut der auf der Rückseite aufgeführten «Unterstellungserklärung» zu akzeptieren.

Par ma signature: J'atteste l'exactitude des renseignements figurant sur ce formulaire. J'autorise l'ASS à communiquer mon adresse en relation avec les activités sportives automobiles et de karting.
Je confirme que je ne suis pas sous le coup d'un retrait du permis de conduire et qu'aucune action dans ce sens n'est en cours contre moi.
Je confirme également avoir informé exactement le médecin examinateur quant à ma condition psychophysique actuelle et à mes affections antérieures.
De plus, je m'engage à ne pas faire usage de drogues ou de méthodes dites interdites telles que définies dans la Liste des interdictions du Code Mondial Antidopage de l'AMA, dans la liste de Swiss Olympic ou par le règlement antidopage de la FIA et déclare accepter les termes de la «Déclaration de soumission» publiée au verso.

Ort und Datum / Lieu et date: Attalens le 25.02.09

Unterschrift / Signature: R. Feller

Für Minderjährige, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
Pour mineurs, signature du représentant légal

Name Vorname / Nom Prénom _____ Unterschrift / Signature _____

ASS INTERN <> ASS INTERNE

Empfangsdatum / Date de réception _____
Ausgestellt am / Etablie le _____

Lizenz- / Licence N°	REG	NAT	NAV	INT	BEW

Bitte wenden / Tourner svpl