

LES OLYMPIADES DU DON D'ORGANES

14
JUN
2025
10-18H

BULLETIN D'INSCRIPTION



2ÈME ÉDITION LA LOIRE A DON'F
PLACE ANATOLE FRANCE - TOURS

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :



PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom & Prénom :

Numéro de téléphone :



DÉCLARATION

J'ai décidé de participer aux Olympiades du Don le 14 juin 2025. J'assume toute la responsabilité pour tout dommage ou autre contretemps qui pourrait se produire pendant ou après la manifestation. J'ai discuté les possibles dommages qui pourraient porter atteinte à ma santé avec mon médecin de confiance. J'affirme que je suis préparé(e) et que je suis en pleine forme.

FAIT À

LE

SIGNATURE



BULLETIN À RENVOYER AVANT LE 19 MAI 2025 :

- par mail: laloireadonf@chu-tours.fr
- par courrier: Réseau Centre Prélèvement d'organes et de tissus

Hôpital Bretonneau - Bât B32 - 2 boulevard Tonnellé - 37044 Tours cedex 9

POUR TOUT RENSEIGNEMENT:
LALOIREADONF@CHU-TOURS.FR
02 47 47 38 05



LES OLYMPIADES DU DON D'ORGANES

14

JUIN

2025

10-18H.

TOURS

PLACE ANATOLE FRANCE

2ÈME ÉDITION
LA LOIRE A DON'F

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

A retourner impérativement avant le 2 juin 2025

NOM DE LA MANIFESTATION : « Les Olympiades du Don »

DATE DE LA MANIFESTATION : Samedi 14 Juin 2025

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. ____/____/____/____/____

déclare avoir examiné

M. - Mme - Mlle (1)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Au vu des antécédents, des résultats de l'examen clinique général, et de l'évaluation du risque cardio-vasculaire et des examens complémentaires réalisés

Certifie qu'il / elle (1) ne présente pas de contre-indication à la pratique du canoë-kayak et de la course à pied loisir.

M. - Mme - Mlle (1) _____ est apte à participer aux "Olympiades du Don" le 14 juin 2025.

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

(1) Rayer la mention inutile

LES OLYMPIADES DU DON D'ORGANES

14

JUIN

2025

10-18H.

TOURS

PLACE ANATOLE FRANCE

2ÈME ÉDITION
LA LOIRE A DON'F

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE ET/OU DE LA VOIX

Dans le cadre des Olympiades du Don
organisées par le Réseau Centre de Prélèvement d'Organes et de Tissus le 14 juin 2025

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Mail :

Déclare expressément et irrévocablement,

- Accepter que mon image et ma voix soient captées et enregistrées par l'association Réseau Centre de Prélèvement d'Organes et de Tissus et les structures organisatrices (CH de Blois, Bourges, Chartres, Châteauroux, Dreux, Orléans et Tours)
- Autoriser la diffusion en tous formats et par tous procédés techniques actuels ou à venir des vidéos et/ou des photographies ainsi produites ou que j'ai contribué à produire, montées et indexées, sur tous les supports
- Autoriser expressément les organisateurs ainsi que les ayants droits, tels que partenaires et médias, à utiliser les images fixes ou audiovisuelles, sur lesquelles il pourrait apparaître à l'occasion de la manifestation, sur les supports y compris les documents promotionnels et publicitaires
- Autoriser la diffusion de ces ressources à titre gracieux pour le monde entier et pour une durée de 10 ans à compter de la date de signature de cette autorisation

En contrepartie, le Réseau Centre de Prélèvement d'Organes et de Tissus et les partenaires de l'organisation des olympiades du Don ainsi que les structures organisatrices s'engagent :

- A ce que mes propos soient préservés
- A ne faire aucune exploitation commerciale de la ressource produite lors de ma/mes prestation(s)

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à

le

Signature

Réseau Centre de Prélèvements d'Organes et de Tissus CHU de Tours
Hôpital Bretonneau - 2, Boulevard Tonnellé - 37044 Tours CEDEX 9

☎ 02 47 47 38 05 ✉ laloireadonf@chu-tours.fr