

ORGANISATION D'EPREUVES

DEMANDE D'ORGANISATION D'EPREUVE

CLUB :

Souhaite organiser le :

Lieu :

Type d'épreuve :

Dénomination de cette épreuve :

CATEGORIES	HEURE DEPART	NOMBRE DE TOURS	LONGUEUR DU CIRCUIT

Mesures de sécurité mises en place :
.....
.....
.....

Document à retourner au Président de la commission avant le :

Date :

Signature du responsable

**ÉPREUVES ET COMPÉTITIONS SPORTIVES SUR LA VOIE PUBLIQUE
AUTRE QUE LES VÉHICULES À MOTEUR
DEMANDE D'AUTORISATION**

ORGANISATEUR :

Nom de l'Association :

Siège social :

Nom, prénom du responsable :

Adresse, téléphone :

Etes-vous affilié à une Fédération ? oui non

si oui, précisez laquelle :

ÉPREUVE :

Dénomination

Type de course : cycliste

PRÉCISEZ LA NATURE DE L'ÉPREUVE :

- Epreuve individuelle en ligne, épreuve contre la montre, autres

CALENDRIER SUR LEQUEL ELLE EST INSCRITE

National Régional Départemental non inscrite

Lieu de la manifestation :

Date de la manifestation:

Itinéraire :

Heure et lieu de départ :

Heure et lieu d'arrivée :

PARTICIPANTS :

- Nombres :

- Enfants oui non

- Personnes âgées oui non

- Handicapés oui non

PUBLIC ATTENDU : Nombre ? :

Enfant ? :
Personnes âgées ? :

Circulation des véhicules :.....
Barriérage :
Parking :

SERVICE D'ORDRE : Police :
Gendarmerie :
Autres(l) :

MOYENS DE SECOURS : (devant effectivement être en place sur la manifestation)

- **Sapeurs pompiers** oui non
- Centre de secours de
- Téléphone
- Logistique
- nombre de personnes
- ambulance
- V.S.A.B
- véhicule léger médicalisé
- autres (1

- **Association de secourisme** oui non
- Nom :
- Adresse
- Téléphone
- Responsable
- Logistique :
- secouristes : nombre et qualifications
- ambulance
- V.S.A.B
- véhicule radio médicalisé
- point d'eau
- autres (1)
- Couverture médicale oui non

Médecin sur les lieux oui non
Nom : tél.

Médecin contacté :
Nom : tél.
Nom tél.

SAMU : oui non

Convention d'intervention signée oui non
Convention en cours d'établissement oui non

TRANSMISSION :

- Téléphone :
- Radio amateur oui non
- Autres (1)
(1) préciser

ASSURANCE CONTRACTEE

Nom de la Compagnie d'assurance :

N° de contrat :

Joindre si possible copie de la police d'assurance.

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'ÉPREUVE

Je soussignéresponsable de l'épreuve décrite ci dessus, m'engage :

Dans l'hypothèse où je n'ai pas fourni le contrat d'assurance signé, à souscrire un tel contrat conforme au modèle type prévu par la réglementation générale des épreuves sportives et à en présenter un exemplaire signé à l'autorité ayant délivré l'autorisation six jours francs au moins avant la date de l'épreuve,

A prendre à ma charge les frais du service d'ordre exceptionnel mis en place à l'occasion du déroulement de l'épreuve et d'assurer la réparation des dommages, dégradations, modifications de toute nature de la voie publique ou de ses dépendances imputables aux concurrents, aux organisateurs ou à leurs préposés,

A informer l'autorité ayant délivré l'autorisation d'une éventuelle annulation au moins six jours francs avant la date prévue pour le début de la manifestation.

Je déclare dégager la responsabilité de l'administration pour tous dommages causés aux personnes ou aux biens à l'occasion de cette épreuve.

Je joins à la présente demande la liste des 'SIGNALEURS' proposés pour cette épreuve, comprenant les noms, adresse et qualité des personnes proposées.

Je sollicite la priorité de passage prévue à l'article R 53 du Code de la Route (cette priorité n'est pas accordée systématiquement) (1).

Fait, le

Signature

Nom et qualité du signataire

(1) rayer ce paragraphe si vous estimez que l'épreuve ne nécessite pas la priorité de passage.

PIECES A FOURNIR

Ce dossier doit comprendre les pièces suivantes :

- Cet imprimé dûment rempli

- Le règlement particulier de l'épreuve indiquant notamment, pour chacune des courses, l'heure de départ, la distance et les catégories d'âges concernées.

- Un plan ou une carte du parcours (avec indication des postes de chronométrage, de ravitaillement, d'épongement, de secours, la nature des routes empruntées (**ainsi que le positionnement des signaleurs**)).

- Photocopie de la police ou attestation d'assurance.

- Liste des "**signaleurs**" proposés.

et doit être déposé au moins 8 semaines avant la date prévue pour la manifestation.

RÉSULTATS DE COURSES

LIEU :

CLUB ORGANISATEUR :

DATE :

1 ère Catégorie Nbre : Féminines Nbre :

PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT	PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				

2^{ème} Catégorie Nbre : Cadets Nbre :

PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT	PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				

3^{ème} Catégorie Nbre Minimes Nbre :

PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT	PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				

G.S Nbre :

PLACE	NOM	PRENOM	CLUB	DEPT					
1									
2									
3									
4									
5									

Nota: Joindre obligatoirement la liste des engagés à cette fiche et adresser l'ensemble au responsable classement.

COTISATION SUR LES ENGAGEMENTS

CLUB ORGANISATEUR :

ÉPREUVE DE : DU :

Nombre de coureurs :

- 1^{ère} Catégorie :
- 2^{ème} Catégorie :
- 3^{ème} Catégorie :
- Grand Sportif :
- Féminines :
- Cadets :
- Minimes :

Total engagements :

Montant à régler : Nbre eng : X €(1) =

(1) Cotisation fixée pour chaque saison voir trésorier de la commission..

Retourner au trésorier(e) de la commission le règlement (à l'ordre de l'UFOLEP CycloSPORT Loiret) accompagné de cette fiche.

>-----

COTISATION SUR LES ENGAGEMENTS

CLUB ORGANISATEUR :

EPREUVE DE : DU :

Nombre de coureurs :

- 1^{ère} Catégorie :
- 2^{ème} Catégorie :
- 3^{ème} Catégorie :
- Grand Sportif :
- Féminines :
- Cadets :
- Minimes :

Total engagements :

Montant à régler : Nbre eng : X €(1) =

(1) Cotisation fixée pour chaque saison voir trésorier de la commission.

Retourner au trésorier(e) de la commission le règlement (à l'ordre de l'UFOLEP CycloSPORT Loiret) accompagné de cette fiche.