

<b>Club :</b> VTT MONTAGRIER SL	
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	

**CADRE RESERVE A LA CTD 24**

DEMANDE TRAITEE LE : .....

ACCEPTEE EN CATEGORIE : .....

REFUSEE POUR LE(S) MOTIF(S) :

.....

.....

.....

.....

Je demande pour la saison : \_\_\_\_\_ à être classé en :

1° catégorie     2° catégorie     3° catégorie     GSA     GSB

Jeunes     Féminines Grands Sportifs     Féminine 3° catégorie

Je posséderai la seule licence UFOLEP     OUI     NON

Je posséderai la licence UFOLEP et celle(s) de la :     FFC     FSGT     FFTRI

**Dans le cas de la double/triple licence, joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie de la/les licence(s)**

**Renseignements concernant ceux qui demandent un renouvellement à l'UFOLEP**

**Saison précédente :**    **Catégorie de début :** \_\_\_\_\_    **Catégorie de fin :** \_\_\_\_\_    **Si FFC nombre de points :** \_\_\_\_\_

**Victoires :** \_\_\_\_\_    **Place de 2 :** \_\_\_\_\_    **Place de 3 :** \_\_\_\_\_    **Place de 4 :** \_\_\_\_\_    **Place de 5 :** \_\_\_\_\_

**Jeune (-18 ans) : autorisation parentale**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,  père,  mère ou  tuteur,

Autorise mon enfant (nom et prénom) \_\_\_\_\_ à pratiquer le cyclisme de compétition au sein de l'UFOLEP.

J'autorise les organisateurs à faire soigner mon enfant et à prendre toutes mesures (y compris une hospitalisation) que nécessiterait son état de santé, **conformément aux prescriptions du corps médical consulté.**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_    **Signature :**

**Renseignements concernant les nouveaux demandeurs**

Avez-vous déjà possédé une licence de coureur UFOLEP/FFC/FSGT/FFTRI :     OUI     NON

Si oui, complétez le tableau suivant :

Année	Fédération	Club	Catégorie	3 meilleures places

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus, être en accord et respecter les règlements UFOLEP.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou de représentant légal pour les mineurs :

Signature du représentant du club :