

*Merci de bien vouloir joindre une photocopie lisible
de votre licence de la saison en cours*



DEMANDE d'une carte cycloport ou Cyclocross

1/ **NOM** : **Prénom** : **Sexe** :

Date de naissance: N° de téléphone:

Adresse:

2/ **Si vous avez déjà été licencié(e) :**

Nom et adresse de votre dernière association:

Etiez-vous licencié (*) **FFC** et/ou **FSGT** et/ou **UFOLEP**

(*) Compléter par **X**

Année de votre dernière licence **UFOLEP** et/ou **FFC** et/ou **FSGT**

Au 31 décembre de cette année là, votre catégorie **UFOLEP** **FFC** **Cat. :** **Nombre points :**

FSGT **Catégorie route :** **Catégorie c.cross :** **Catégorie VTT :**

Avez-vous pratiqué le duathlon **OUI** **NON** **triathlon** **OUI** **NON**

(ou pratiquez-vous)?

VTT compétition **OUI** **NON**

3/ **Si vous souhaitez adhérer simultanément à une autre fédération:**

laquelle ? **FFC** **FSGT** **Autre(Précisez):**

Vous possédez actuellement une licence **FFC : OUI- NON** - **Catégorie :**

FSGT : OUI-NON **Catég.route :** **Catég.cyclo-cross :** **Catég.VTT :**

4/ **JEUNE : AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e).....père , mère ou tuteur (*) autorise mon enfant.....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

(*) Rayer la mention inutile

5/ Après avoir pris connaissance des statuts de l'UFOLEP et des règlements concernant le cycloport UFOLEP, je souhaite obtenir une carte cycloport (ou cyclocross) dans l'Association suivante:

Je certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

A.....Le.....

Signature du demandeur ou signature du représentant légal pour les mineurs,