

## **DEMANDE individuelle d'une carte CYCLOSPORT**

**1/ NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Sexe : M ou F**

Date de naissance : ..... N° téléphone : .....

Adresse : .....

**Catégorie souhaitée pour cette saison\* :** .....

\* Toute demande exceptionnelle (rétrogradation, surclassement) devra être accompagnée d'un courrier écrit qui sera étudié par la CTD

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

**Nom et adresse de votre dernière association :** .....

Etes-vous licencié(e) **UFOLEP**  et/ou **FFC**  et/ou **FSGT**   
 Cochez la(les) case(s)

**Année** de votre dernière licence et votre **catégorie** dans cette fédération au 31 décembre de cette année-là :

<b>UFOLEP</b>	Année : ..... / Catégorie : .....	<b>FFC</b>	Année : ..... / Catégorie : .....	<b>FSGT</b>	Année : ..... / Nombre points : .....
<b>FSGT</b>	Année : ..... / Catégorie : .....				

**Avez-vous pratiqué ou pratiquez-vous ?**

**Le duathlon** OUI  NON       **Le triathlon** OUI  NON       **Le VTT compétition** OUI  NON

### **3/ Si vous souhaitez adhérer simultanément à une autre fédération. Laquelle ?**

**FFC**       **FSGT**       Autre (précisez) : .....

**Vous avez (ou allez demander) une licence**      **FFC** : OUI – NON      - Catégorie : Access 1  Access 2

Access 3  Access 4

Open 1  Open 2  Open 3

**Vous avez (ou allez demander) une licence**      **FSGT** : OUI – NON      - Catégorie « cyclocross » : .....

### **4/ JEUNE : 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

(\*) Barrer la mention inutile

**5 /** Après avoir pris connaissance des Statuts de l'UFOLEP et des règlements concernant le cyclosport UFOLEP, **je souhaite obtenir une carte Cyclosport dans l'Association suivante :** .....

Je certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

A ..... , le .....

Signature du demandeur ou de son représentant légal pour les mineurs,