



FQSC

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SPORTS CYCLISTES

4545, av. Pierre-De Coubertin, C.P. 1000, Succursale M

Montréal (Québec) H1V 3R2 Tél.: (514) 252-3071 Fax: (514) 252-3165

info@fqsc.net www.fqsc.net

Important
Prendre connaissance
des informations au verso
avant de compléter
le formulaire

DEMANDE DE SANCTION ÉVÈNEMENT(S) CYCLOCROSS – 2012

Nom du club organisateur (s'il y a lieu)					
Adresse :					
No.	Rue	App.	Ville	Code postal	
Tél. :	()	(rés.)	Courriel :	(obligatoire)	
Tél. :	()	(bur.)			

Nom de l'organisateur en chef					
# Licence organisateur (obligatoire au 1 ^{er} mars 2012)					
Adresse :					
No.	Rue	App.	Ville	Code postal	
Tél. :	()	(rés.)	Courriel :		
Tél. :	()	(bur.)	Télé. :	()	
Comité organisateur					
Responsable Sécurité :			Tél. :		()
Responsable Technique/piste :			Tél. :		()
Responsable 1 ^{er} soins :			Tél. :		()

DÉTAILS DE L'ÉVÈNEMENT

Nom de l'épreuve					Ancienneté	
Lieu de l'épreuve						
Niveau de sanction	Régional (75\$)	<input type="checkbox"/>	Championnat québécois* (175 \$)	<input type="checkbox"/>		
	Provincial* (75 \$)	<input type="checkbox"/>	Championnat canadien / nationale (500 \$)	<input type="checkbox"/>		
Date(s) (Dans le cas des courses locales et régionales, inscrire toutes les dates)	1^{er} choix		Date			
	2^{ème} choix		Date			
	3^{ème} choix		Date			
Horaire et distances (sanction régionale)						
Catégories	Heure départ		Distance			

À JOINDRE EN ANNEXE

Paiement de la sanction	<input type="checkbox"/>
Détails du parcours	<input type="checkbox"/>
Détails du service des premiers soins	<input type="checkbox"/>
Copie de la lettre pour l'hôpital (voir guide organisation)	<input type="checkbox"/>
Copie de la lettre pour le service d'ambulance (voir guide organisation)	<input type="checkbox"/>

Je, soussigné, déclare avoir pris connaissance du [Règlement de sécurité en cyclisme sur route](#), du [Guide d'organisation d'une épreuve de cyclocross](#) ainsi que des informations présentées au verso du présent formulaire. Je m'engage à les respecter et les appliquer dans l'organisation de l'événement identifié ci-haut et je m'engage à payer les frais reliés à l'organisation de l'événement.

Signature de l'organisateur	_____	_____ / _____ / _____
		Jour Mois Année

À l'usage de la FQSC		No. facture : _____	Montant payé : _____ \$	Comptant <input type="checkbox"/>	Chèque <input type="checkbox"/>
Reçu le : _____	Émis le : _____	Par : _____			

* À compléter pour le 10 février 2012; le sceau de la poste faisant foi.