



DEMANDE AIDE MEDICALE EPREUVE CYCLISTE

Uniquement pour les épreuves avec moins de 1000 spectateurs.

1. Identité du demandeur

Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____
Code Postal: _____ Commune: _____
Numéro de téléphone: _____ Numéro de GSM: _____
E-mail: _____
Agissant comme: président, secrétaire, directeur de course,
de l'organisation:

2. Type de course

<p>Course sur route:</p> <p><input type="checkbox"/> Course individuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Course en équipes</p>	<p>Autre disciplines:</p> <p><input type="checkbox"/> BMX</p> <p><input type="checkbox"/> Cyclo-Cross</p> <p><input type="checkbox"/> Mountain Bike</p> <p><input type="checkbox"/> Trial</p> <p><input type="checkbox"/> Piste</p>
<p><input type="checkbox"/> Course sur circuit fermé</p> <p><input type="checkbox"/> Course sur circuit ouvert</p>	
<p><input type="checkbox"/> Course en ligne</p> <p><input type="checkbox"/> Course contre-la-montre</p>	

3. Catégorie de l'épreuve

ROUTE	CYCLO-CROSS	PISTE
<p><input type="checkbox"/> UCI-.2</p> <p><input type="checkbox"/> UCI-Juniors</p> <p><input type="checkbox"/> ELITE Individuel (OO)</p> <p><input type="checkbox"/> Interclub 12.1 / 13.1 / 15.1</p> <p><input type="checkbox"/> National & Régional (CO)</p> <p><input type="checkbox"/> Circuit fermé</p>	<p><input type="checkbox"/> UCI-Juniors</p> <p><input type="checkbox"/> National & Régional</p>	<p><input type="checkbox"/> UCI- .1 & .2</p> <p><input type="checkbox"/> National & Régional</p>
MTB & Trials	BMX & BMX-FS	
<p><input type="checkbox"/> UCI- .1 & .2</p> <p><input type="checkbox"/> National & Régional</p>	<p><input type="checkbox"/> UCI- .1 & .2</p> <p><input type="checkbox"/> National & Régional</p>	

- *Un formulaire « PRIMA » est à remplir pour les épreuves des autres catégories.*



4. Données relatives à l'heure et le lieu de la course

Heure de départ:

Heure d'arrivée estimée:

Lieu de départ:

Lieu d'arrivée:

5. Données relatives au parcours de la course

Distance totale de la course: km

Le parcours complet est composé de:

circuits(s) de km

circuits(s) de km

circuits(s) de km

6. Identité du directeur de course

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal:

Commune:

Numéro de registre national:

Numéro de téléphone:

Numéro de GSM:

E-mail:

7. Identité du coordonnateur de sécurité

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal:

Commune:

Numéro de registre national:

Numéro de téléphone:

Numéro de GSM:

E-mail:

8. Déploiement de personnel et de moyens

Nom médecin de course :

Nr. INAMI :

Nombre d'infirmiers :

Nombre d'ambulances type B:

9. Données du responsable du service de secours lors de l'événement

Nom service de secours :

Responsable du service de secours :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Email :

Numéro d'entreprise ou reconnaissance de la section :