



ETAT DE RESULTATS ECOLE DE VELO

Date de l'épreuve:

Nom de l'épreuve:

Comité régional: **Pays de la Loire**

Lieu de l'épreuve:

Nom de l'organisateur:

Catégorie : **Ecole de vélo**

LE COLLEGE DES ARBITRES			
	NOM-PRENOM	CLUB	SIGNATURE
Président de jury			
Arbitre			

REPLACANT	NOM-PRENOM	CLUB	SIGNATURE

AVIS IMPORTANT:

Les états de résultats des épreuves du calendrier régional ou départemental doivent être transmis au comité régional concerné pour homologation.

COMITE DES PAYS DE LA LOIRE- 8 rue des Orfèvres-BP 10008-44840 LES SORINIERES
Tél: 02 40 47 73 28 - pdl-cylisme@wanadoo.fr

Lieu de la rencontre: _____

Date: _____ Catégories: PL PO PU BJ MI

Club organisateur: _____ **ACCIDENT**
OUI NON

Nombre de participants: PL _____ PO _____ PU _____ BJ _____ MI _____

NIVEAU DE L'EPREUVE: Départementale Régionale Interrégionale Nationale

Type d'épreuves: Adresse Vitesse Cyclo-cross Route Piste BMX
VTT Trial Descente Cross country Enduro

L'organisateur a-t'il informé le centre de secours local avant les épreuves? OUI NON

Communication entre les personnes dans l'épreuve: téléphones portables
radios
talkies walkies

Les structures de protection sont-elles adaptées?

POUR LES COUREURS

POUR LES SPECTATEURS

INDIQUEZ LE Nbr D'ACCIDENTS

SUIVANT LE LIEU

Adresse OUI NON
Vitesse OUI NON
Cyclo-cross OUI NON
Route OUI NON
Piste OUI NON
BMX OUI NON
VTT OUI NON

Adresse OUI NON
Vitesse OUI NON
Cyclo-cross OUI NON
Route OUI NON
Piste OUI NON
BMX OUI NON
VTT OUI NON

Adresse Nbr
Vitesse Nbr
Cyclo-cross Nbr
Route Nbr
Piste Nbr

Pour le BMX et le VTT
préciser au verso le lieu de l'accident

exemple VTT: trial, descente, ..

Les moyens humains de sécurité étaient-ils adaptés? OUI NON

Poste fixe avec secouristes: OUI NON

Véhicule sanitaire avec secouristes:
Croix Rouge Protection civile Croix Blanche Autre

Médecin présent pendant les épreuves: OUI NON

Nombre d'intervention des secouristes:
Pendant l'entraînement Pendant les compétitions

Nombre de soins sur place: Nombre d'évacuations:

Analyse des chutes: Joindre la feuille de bilan médical

Possibilité de préciser au verso de cette feuille les coordonnées du blessé: nom, prénom, club, N° de licence

Conditions météorologiques:
Soleil Nuageux Vent Pluie Autre

NOM, PRENOM ET SIGNATURE DU JUGE ARBITRE