



DEMANDE DE CHANGEMENT DE CATEGORIE CYCLO-CROSS * / CYCLOSPORT *

Association / Club : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de licence : _____

Catégorie UFOLEP actuelle : _____

Catégorie FFC / FSGT actuelle : _____

Catégorie souhaitée : _____

Nombre de participations aux épreuves du calendrier UFOLEP CycloSPORT ou Cyclocross Saison Précédente : _____

Résultats Obtenues. Vous pouvez compléter cette liste au verso de cette demande

Epreuve	Résultat

Epreuve	Résultat

Raisons motivant votre demande de changement de catégorie :

Date : _____

Signature :

Avis du responsable de club	Motif	Date & signature	Cachet du club
Favorable / Défavorable			

Avis du responsable de la CTD	Motif	Date & signature
Favorable / Défavorable		

* Rayez la mention inutile