# Comité Départemental CTD.Cyclosport 89

**PROJET DE CALENDRIER …….**

* **A adresser, svp, à Pascal Menin & copie responsable CTD**
* **Le plus rapidement possible et avant le 15 janvier**
* **Inscrire en tête, votre épreuve prioritaire**
* **Prévoir les épreuves de cyclo-cross**
* **Merci de compléter, pour mise à jour de l’annuaire des clubs**

# CLUB : Nom du president/correspondant :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Désignation - Lieu Type d’épreuve Longueur du circuit****Indiquer avec précision le lieu de départ (nom de la rue ….)** | **E.A** | **Calendrier National. Noter :** **Engagement à l’avance oui/non** |  **Catégories****Horaires****Nombre de tours** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **CONSIGNES**. Ne pas se positionner sur la date retenue habituellement par un autre club.. Pour les nouvelles organisations, ne fixer aucune date sans l’accord du GT/ CTD. Les clubs organisateurs de l’année précédente sont prioritaires. |
| **CYCLOCROSS - 13 h 30 épreuve Jeunes - 14 h 30 : épreuve Adultes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Date | Réservé aux licenciés UFOLEP (OUI/NON ) | Ouvert à toutes les fédérations (OUI/NON) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

***S’engage à organiser dans le respect de la réglementation UFOLEP et des obligations définies par le Comité Départemental de l’Yonne.***

#  A , le Signature