

DEMANDE DE MONTEE ET DESCENTES DE CATEGORIE

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° licence : _____

Association : _____

Catégorie en début de saison : _____

Catégorie souhaitée : _____

Courses effectuées :

Date	Lieu	Résultat	Date	Lieu	Résultat

Signature du coureur

Signature du Président
de l'association

Avis de la Commission Technique Départementale Cyclospor