



INSCRIPTION CALENDRIER INTERNATIONAL UCI 2016-2017 / OFF-ROAD – CYCLO-CROSS
2016-2017 UCI INTERNATIONAL CALENDAR REGISTRATION / OFF-ROAD – CYCLO-CROSS

Union Cycliste Internationale
 Département des Sports
 Sports Department
 Tél./ Phone : +41 24 468 58 11
 Email : offroad@uci.ch

L'organisateur doit compléter ce formulaire **uniquement de manière informatisée** et le retourner **par e-mail** à sa Fédération Nationale.
 The organiser must fill in this form **only electronically** and send it **by e-mail** to his National Federation.

Le bulletin est approuvé par la Fédération Nationale qui le transmettra **par email** au Département des Sports **avant le 15 décembre 2015**.
 This form is approved by the National Federation who will submit it **by email** to the Sports Department **before 15 December 2015**.

Fédération Nationale / National Federation
(Veuillez choisir une fédération / Please choose a federation)

Nom de l'épreuve / Name of the event
2016-2017

Lieu (ville) de l'épreuve / Venue (town) of the event
2016-2017

Dates	De / From	A / To
Dates souhaitées (jour de course) / Requested dates (days of race)	1 ^{ère} priorité / 1 st priority	
	2 ^{ème} priorité / 2 nd priority	

Epreuve ayant figuré au calendrier international UCI / Event already appeared on the UCI international calendar	<input type="checkbox"/>
Année de la dernière édition / Year of the last edition	

Classe de l'épreuve / Event class
Classe / Class

Catégorie(s) des coureurs / Riders category (ies)			
Hommes Elite / Men Elite	<input checked="" type="checkbox"/>	Hommes U23 / Men U23	<input type="checkbox"/>
Hommes Junior / Men Juniors	<input type="checkbox"/>	Femmes / Women	<input checked="" type="checkbox"/>

Approbation de l'organisateur / Approval of the organiser	
Lu et approuvé par / Read and approved by	
Nom / Name	
Date	

Site internet de l'épreuve / Event Web Site	E-mail de l'épreuve / Event E-mail

Organisation / Organization			
Nom / Name			
Personne responsable / Person in charge			Salutation
Adresse 1 / Address 1			
Adresse 2 / Address 2			
Ville / Town		Code postal / Zip Code	
Pays / Country (Veuillez choisir un pays / Please choose a country)			
Téléphone / Phone		Mobile	
Courriel / E-mail			
Langue / Language			

Organisme de facturation (si différent) / Billing Organization (if different)			
Nom / Name			
Personne responsable / Person in charge			Salutation
Adresse 1 / Address 1			
Adresse 2 / Address 2			
Ville / Town		Code postal / Zip Code	
Pays / Country (Veuillez choisir un pays / Please choose a country)			
Téléphone / Phone		Mobile	
Courriel / E-mail			
Langue / Language			

Approbation de la Fédération Nationale / Approval of the National Federation			
Lu et approuvé par / Read and approved by			
Nom / Name			
Fonction / Position			
Courriel / E-mail		Date	