



INTERREGION NORD

**1/2 FINALE DES CHAMPIONNATS DE FRANCE
INDIVIDUELS et par EQUIPES de CROSS-COUNTRY
DIMANCHE 08 FEVRIER 2009 REIMS PARC DE CHAMPAGNE**

DEMANDE DE REPÊCHAGE / INDIVIDUEL

à remplir et à renvoyer à

LCAA 3 RUE JOLIOT CURIE 51100 REIMS
AVANT LE 03 Février 2009

Sans réponse du CTS/CCI, le repêchage sera accepté

A REMPLIR DE FACON TRES LISIBLE - MERCI D' AVANCE

NOM :	<input type="text"/>	PRENOM :	<input type="text"/>
N° de LICENCE :	<input type="text"/>	N° CLUB (6 chiffres) :	<input type="text"/>
Catégorie :	<input type="text"/>	Sexe :	<input type="text"/>
CLUB (Toutes lettres) :	<input type="text"/>	LIGUE :	<input type="text"/>
ADRESSE CLUB :	<input type="text"/>		
Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Tel :	<input type="text"/>	Fax :	<input type="text"/>
Email :	<input type="text"/>		

N.B : Le N° du Club, le N° de Licence et l' année de naissance sont OBLIGATOIRES.

MOTIF DE LA DEMANDE

Résultats antérieurs :

Départementaux de cross
Régionaux de cross

Date :
Date :

Classement :
Classement :

certificat médical éventuel en date du :

Ci-joint chèque correspondant de : € A l'ordre de INTERREGION NORD

AVIS DU CTS

Signature :

SANS AVIS DU CTS, ET SANS CHEQUE, LA DEMANDE NE SERA PAS EXAMINEE.

SIGNATURE ET CACHET

SIGNATAIRE :

DATE :



INTERREGION NORD

**1/2 FINALE DES CHAMPIONNATS DE FRANCE
INDIVIDUELS et par EQUIPES de CROSS-COUNTRY
DIMANCHE 08 FEVRIER 2009 REIMS PARC DE CHAMPAGNE**

DEMANDE DE REPÊCHAGE / EQUIPE

à remplir et à renvoyer à

LCAA 3 RUE JOLIOT CURIE 51100 REIMS
AVANT LE 03 Février 2009

Sans réponse du CTS/CCI, le repêchage sera accepté

A REMPLIR DE FACON TRES LISIBLE - MERCI D' AVANCE

CLUB (Toutes lettres) : LIGUE :

Catégorie : Sexe :

ADRESSE CLUB :

Code Postal : Ville :

Tel : Fax :

Email :

JOINDRE LA COMPOSITION D'EQUIPES AVEC

N.B : Le N° du Club, le N° de Licence et l' année de naissance sont OBLIGATOIRES.

VEUILLEZ JOINDRE LA COMPOSITION DE L'EQUIPES AVEC LA DEMANDE

MOTIF DE LA DEMANDE

Résultats antérieurs :

Départementaux de cross

Date :

Classement :

Régionaux de cross

Date :

Classement :

certificat médical éventuel en date du :

Ci-joint chèque correspondant de : 30 € A l'ordre de INTERREGION NORD

AVIS DU CTS

Signature :

SANS AVIS DU CTS, ET SANS CHEQUE, LA DEMANDE NE SERA PAS EXAMINEE.

SIGNATURE ET CACHET

SIGNATAIRE :

DATE :