FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME

FICHE DE SECURITE

COMITE REGIONAL : .....

LIEU ET TITRE DE L'EPREUVE : ..... **N° DE REFERENCE :** .....

DATE : ..... **CLASSE :** ..... **CATEGORIE :** ..... **ACCIDENT :** OUI ☐ NON ☐

CLUB ORGANISATEUR : .....

PARCOURS :

Course d'un jour :

- ❑ En circuit : - ❑ Longueur : ..... Nbre de tour : ..... Distance totale : .....
- ❑ Tronçon 1 : - ❑ En ligne : ..... Nbre de tour : ..... Distance : .....
  Total : .....
  - ❑ Circuit final km : ..... Nbre de tour : ..... Distance : .....
- ❑ Tronçon 2 : - ❑ En ligne : ..... Nbre de tour : ..... Distance : .....
  Total : .....
  - ❑ Circuit final km : ..... Nbre de tour : ..... Distance : .....

Course par étapes :

- ❑ Etapes : - ❑ En ligne : ..... Nbre de tour : ..... Distance : .....
  Total : .....
  - ❑ Circuit final km : ..... Nbre de tour : ..... Distance : .....

AUTORISATION PREFECTORALE PRESENTEE OUI ☐ NON ☐

- Commentaires si nécessaire : .....
- Horaire de départ : ..... Horaire d'arrivée : .....

COUVERTURE SECURITE

- Nombre de signaleurs à poste fixe suffisant : OUI ❑ NON ❑ Nombre : .....
- Nombre de signaleurs mobiles : OUI ❑ NON ❑ Nombre : .....
- Escorte à modo : - Gendarmerie : OUI ❑ NON ❑ Nombre : .....
  - Moto Sécurité : OUI ❑ NON ❑ Nombre : .....
- Protection du public à l'arrivée (barrières, cordes) : OUI ❑ NON ❑ Longueur : .....
- Commentaires si nécessaire : .....

CIRCULATION

- Circuit fermé : OUI ❑ NON ❑ - A sens unique : OUI ❑ NON ❑
- A double sens : OUI ❑ NON ❑ - Priorité de passage : OUI ❑ NON ❑
- Passage à droite : îlots directionnels, giratoires, carrefour : OUI ❑ NON ❑
- Commentaires si nécessaire : .....

VEHICULES DE L'ECHELON COURSE

- Voiture ouvreuse : OUI ❑ NON ❑ - Voiture balai : OUI ❑ NON ❑
- Voitures de dépannage neutre : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : .....
- Voiture Equipes : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : .....
- Commentaires si nécessaire : .....

→

ASSISTANCE MEDICALE

- Poste fixe avec secouristes : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : ..... Qualification : ❑ PSC1 ❑ PSC2
- Véhicule sanitaire avec secouristes : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : .....
- Ambulance avec secouristes : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : .....
- Ambulance suivant l'épreuve : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : .....
- Médecin présent ou suivant l'épreuve : OUI ❑ NON ❑ - Si OUI, nombre : .....
- Médecin joignable (Tél.) : OUI ❑ NON ❑ - Liste des hôpitaux : OUI ❑ NON ❑
- Commentaires si nécessaire : .....

LIAISONS RADIO

- Entre véhicules : OUI ❑ NON ❑ - Avec la ligne d'arrivée : OUI ❑ NON ❑
- Le responsable de l'organisation joignable par téléphone portable : OUI ❑ NON ❑
- Commentaires si nécessaire : .....

CONDITIONS METEOROLOGIQUES

- Temps sec : ❑ - Pluie : ❑ - Vent : ❑ - Grêle : ❑ - Brouillard : ❑ - Température : ❑
- Autre préciser : .....

COMMENTAIRES ACCIDENT(S)

- Chute coureur(s) ❑ Nbre : ..... – Soins sur place ❑ Nbre : ..... – Evacuation ❑ Nbre : .....
- Collision avec tiers organisation : Piéton ❑ – Moto ❑ - Voiture ❑ – Fourgon ❑
- Précisions : .....
- Collision avec tiers hors organisation : Piéton ❑ – Moto ❑ - Voiture ❑ – Fourgon ❑
- Précisions : .....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Dans le cas d'accident ou faits graves nécessitant un rapport circonstancié indiquez ci-dessous les coordonnées de chaque personne concernée :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATES LIEUX : .....

ARBITRES (noms, prénoms et signatures) :

.....