

RAPPORT DE CLÔTURE 2021

CLUB ORGANISATEUR

LIEU DE L'ÉPREUVE

N° DE VISA UFOLEP

DISCIPLINE

Moto vitesse

50 à Galet vitesse

Moto vitesse endurance

50 à Galet endurance

Trials moderne

Trials ancienne

Enduro

Moto-cross

Mob-cross

Course sur prairie

Endurance solo

Endurance quad

ÉPREUVES

Championnat

Challenge

Trophée

Intime

Autre

Départementale

Régionale

Inter régionale

Nationale

Internationale

PARTICIPANTS

Catégorie	Nombre de pilotes inscrits	Nombre de pilotes présents	Cylindrée	Description

MOYENS DE SECOURS

Médecin	Nom	Prénom	Signature
Ambulances	Nom (société)	Nombre	Signature
Secouristes	Nom (Responsable)	Prénom	Signature
	Nom (association)	Nombre	

[Joindre rapport du médecin \(rapport médecin\)](#)

OFFICIELS

<i>Fonction</i>	<i>Nom / Prénom</i>	<i>N° Licence</i>	<i>Club</i>	<i>Signature</i>
Directeur de course				
Directeur(s) de course adjoint(s)				
Président(e) de jury				
Membres du jury (nombre impair)				
Organisateur technique ou Monsieur Sécurité				
Responsable Contrôle technique				
Responsable chronométrage				
Responsable Administratif				
Commissaire sportif				

Joindre liste de l'ensemble des officiels

QUELQUES INDICATIONS POUR BIEN COMPLETER VOTRE RAPPORT DE CLÔTURE

A transmettre à votre délégation départementale ou régionale **dans les 10 jours** suivant l'épreuve, qui le transmettra à l'échelon national à l'adresse suivante : visacourse@ufolep.org

Seule, cette unique version du rapport de clôture sera prise en compte lors des envois.

Pièces à joindre au rapport de clôture

Ce rapport est à remplir par l'ensemble des acteurs qui œuvrent à la sécurité de l'épreuve

Documents annexes

- o Annexe 1 : [PV et décisions](#) de jury s'il y a [convocation du jury](#).
- o Annexe 2 : [Liste des officiels](#) présent le jour de la manifestation fiche à fournir au briefing du matin et à récupérer à la fin de la manifestation.
- o Annexe 3 : [Rapport technique](#) fiches à fournir au briefing du matin et à récupérer à la fin de la manifestation.
- o Annexe 4 : [Rapport des interventions du médecin](#) fiches à fournir au briefing du matin et à récupérer à la fin de la manifestation.
- o Liste des engagés, Résultats et Classements à fournir par le club organisateur.

- o **Récépissé de la déclaration préfectoral** à fournir par le club organisateur

LES OFFICIELS

Jury Le jury d'une compétition motocycliste peut être formé d'un organe collégial, ou composé d'un Président et de 2 membres ayant une licence UFOLEP en cours de validité.

Directeur de course Un Directeur de course ayant la qualification requise et licencié est obligatoire sur toutes les épreuves. Il peut être accompagné d'un ou plusieurs directeur(s) de course adjoint(s) ayant la qualification requise et ayant une licence UFOLEP en cours de validité.

LES COMMISSAIRES DE PISTE OU JUGE DE ZONE

Prévoir un nombre d'Officiels Commissaires de Piste ou juges de zones conforme au nombre de postes défini par l'Arrêté Préfectoral d'homologation du circuit et ayant la qualification requise et ayant une licence UFOLEP en cours de validité.

Documents devant obligatoirement être contrôlés avant le départ des courses :

- o Visa fédéral
- o Attestation d'assurance VTM
- o Plan de sécurité
- o Arrêté d'homologation
- o Arrêté d'autorisation préfectorale ou récépissé de déclaration

Annexe 2

N° visa

Date

Lieu



COMMISSAIRES ADMINISTRATIF

Nom	Prénom	N° Licence	Signature	Club ou Association

COMMISSAIRES CHRONO POINTAGE

Nom	Prénom	N° Licence	Signature	Club ou Association

COMMISSAIRES TECHNIQUE

Nom	Prénom	N° Licence	Signature	Club ou Association

Annexe 3:

N° visa :

Date :

Lieu :



RAPPORT DU CONTROLE TECHNIQUE

Horaires des contrôles techniques :

Matériel utilisé :

Sonomètre : .

De classe :

Calibré le :

Bruit ambiant

dBA Météo

Contrôles préliminaires :

Catégorie(s) :	Nombre de pilotes :	Nombre de machines :
TOTAL :		

Observations avant l'épreuve :

Observations pendant l'épreuve :

Contrôles après l'épreuve :

Anomalies constatées :

Une ou plusieurs non-conformités ont été constatées et transmises (indiquer le détail ci-dessous) :

Responsable technique :

Monsieur/Madame :

Licence n° :

Signature :

Médecin responsable Nom :

N° de téléphone :

Signature :



Annexe 4:

N° visa :

Date

Lieu

RAPPORT DU MEDECIN

Observations du responsable médical :

Tableau récapitulatif des interventions médicales :

	Personne auscultée	Date et Heure du sinistre	Siège des blessures	Catégorie de(s) blessure(s)*	Apte à poursuivre l'épreuve	Evacuation demandée par le médecin	Observation(s)
1	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
2	Nom :. Prénom :.	__/__/__ __ h __		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
3	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
4	Nom : Prénom :	__/__/__ __ h __		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
5	Nom : Prénom :.	__/__/__ __ h __		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	

*Catégories des blessures : A : Hospitalisation B : Pas d'hospitalisation D : Aucune blessure C : Indéterminé

	Personne auscultée	Date et Heure du sinistre	Siège des blessures	Catégorie de(s) blessure(s)*	Apte à poursuivre l'épreuve	Evacuation demandée par le médecin	Observation(s)
6	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
7	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
8	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
9	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
10	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
11	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
12	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
13	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	
14	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __ h __	

*Catégories des blessures : A : Hospitalisation B : Pas d'hospitalisation D : Aucune blessure C : Indéterminé

	Personne auscultée	Date et Heure du sinistre	Siège des blessures	Catégorie de(s) blessure(s)*	Apte à poursuivre l'épreuve	Evacuation demandée par le médecin	Observation(s)
15	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
16	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
17	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
18	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
19	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
20	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
21	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
22	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	
23	Nom Prénom :	__/__/__ __h__		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : __h__	

*Catégories des blessures : A : Hospitalisation B : Pas d'hospitalisation D : Aucune blessure C : Indéterminé

NOTIFICATION DE DECISION du JURY

Titre de la manifestation :

N° Visa :

Lieu :

Date :

Affaire :

Le jury de l'épreuve, composé de :

- Soit d'un jury collégial

Président.

Membres :

s'est réuni le __ / __ / __ à __ h __ , afin de statuer sur :

- la réclamation d'un pilote
- le rapport d'un officiel

de Mme/M.

N° de licence Catégorie/Qualité

à l'encontre de (Monsieur/Madame, décision de jury ...)

N° de licence

Catégorie

Après avoir consulté les éléments à sa disposition et entendu :

Mme/M.

Mme/M

Licence n°

Licence n°

En qualité de

En qualité de

LES FAITS :

Le jury délibère à huis clos, hors la présence de toute personne n'ayant pas le droit de vote au jury y compris la ou le secrétaire.