

 ***Les 2 cadres ci-dessus sont réservés au CDOS89***

Type Véhicule :

Nombre de jours :

N° de réservation :

 **Date :**

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE MISE A DISPOSITION D’UN VéHICULE****A adresser obligatoirement par mail par le comité sportif après signature à :** **cdos89@orange.fr** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***COMITE DEPARTEMENTAL :******(nom entier)*** |  | ***Nom du Président :*** |  |
| CLUB BENEFICIAIRE :(nom entier) |  | ***Nom du Président :*** |  |
| ***Tél :*** |  |
| ***E-mail :*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motif du déplacement :** ***(fournir convocation ou justificatif – obligatoire)*** |  |
| **Lieu du déplacement :** |  |
| **Département :** |  |
| **Nombre de kilomètres aller-retour :** |  |
| **Distance entre l’hôtel et le lieu de compétition :** |  |
| Nombre de personnes en déplacement y compris le ou les chauffeur(s) : (*compléter liste jointe*) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ville de prise****en charge du véhicule :****(*cocher la ville correspondante*)** |  **Auxerre** **Sens** **Avallon** | **Date de mise à disposition :** |  | **Heure de mise à disposition :** |  |
| **Date retour :** |  | **Heure retour :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du Conducteur Responsable :** |  | **N° du Permis de Conduire :***Joindre la photocopie* |  |
| **Nom du Second Conducteur :** |  | **N° du Permis de Conduire :***Joindre la photocopie* |  |

|  |
| --- |
| **Demande effectuée par :****En qualité de :** |

 **Nom et** **Signature du Président du Comité :**

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE MISE A DISPOSITION D’UN VéHICULE**A adresser à : **cdos89@orange.fr**  |

LISTE DES PERSONNES EN DéPLACEMENT

|  |
| --- |
| **ATHLETES** |
| **NOM** | **PRENOM** | **DATE NAISSANCE** | **ADRESSE** | **N° LICENCE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CHAUFFEURS** |
| **NOM** | **PRENOM** | **DATE NAISSANCE** | **ADRESSE** | **N° LICENCE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ACCOMPAGNATEURS** |
| **NOM** | **PRENOM** | **DATE NAISSANCE** | **ADRESSE** | **N° LICENCE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*TOUT DOCUMENT INCOMPLET VOUS SERA RETOURNE POUR INFORMATIONS A FOURNIR*

**

Dispositif financé par le Conseil Départemental de l’Yonne