



INSCRIPTION CALENDRIER INTERNATIONAL UCI 2023 / OFF-ROAD - TRIAL
2023 UCI INTERNATIONAL CALENDAR REGISTRATION / OFF-ROAD - TRIALS

Union Cycliste Internationale
 Off-Road
 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** à l'Off-Road **avant le 29 juillet 2022**.
*This form is approved by the National Federation who will submit it **by email** to Off-Road **before 29th July 2022**.*

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

Nom de l'épreuve / Name of the event	
2023	

Lieu (ville) de l'épreuve / Venue (town) of the event	
2023	

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		

Classe de l'épreuve / Event class	
Classe / Class	
HC – Epreuve Internationale Hors Classe/ International Event Hors Class	
C1 – Epreuve internationale (nombre illimité par continent) / C1 - International Event (unlimited number per continent)	

Trial / Trials	
Hommes Elite 20" / Men Elite 20"	<input type="checkbox"/>
Hommes Elite 26" / Men Elite 26"	<input type="checkbox"/>
Hommes Junior 20" / Men Junior 20"	<input type="checkbox"/>
Hommes Junior 26" / Men Junior 26"	<input type="checkbox"/>
Femmes Open / Women Open	<input 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 de l'entreprise, société / Company 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 de l'entreprise, société / Company 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	