

### **DEMANDE DE DESCENTE SERIE DEPARTEMENTALE POUR LA SAISON 2021**

(Ne concerne que les licenciés de la série Départementale 2020)

Les coureurs prétendants à une descente de catégorie, de D1 en D2, de D2 en D3 et de D3 en D4 pour la saison 2021, sont priés de formuler leur demande **à l'aide du formulaire ci-joint :**

et de l'adresser au plus tard le 2 novembre 2020 DELAIS DE RIGUEUR au Président de la Commission Cyclisme pour Tous :

➤ par mail : [marcansermin@neuf.fr](mailto:marcansermin@neuf.fr)

ou

➤ par voie postale : Marc ANSERMIN – 196, rue des Papetiers - le Martroy - 77120 Chailly en Brie

#### **Ne peuvent prétendre à une descente les coureurs:**

- ayant monté de série pendant la saison 2020 ( sauf ceux concernés par l'art 5 de la réglementation régionale 2020)
- ayant marqué des points au classement annuel (20 premiers).

(Sauf ceux ayant marqué des points dans des épreuves avec très peu de participants)

- ayant moins de 5 participations à des épreuves en 2020

Les demandes incomplètes ne seront pas prises en considérations.

La commission n'est pas compétente pour statuer sur les avis médicaux.

**Nota : doivent aussi faire une demande, les coureurs D2, D3, D4, classés dans les 5 premiers du classement annuel, qui paraîtra à l'issue de la dernière épreuve régionale (montant de série pour 2021) et désirant redescendre dans leur catégorie initiale au bénéfice de leur âge, suivant la réglementation régionale.**

Le Président de la Commission

Marc ANSERMIN



## DEMANDE DE DESCENTE SERIE DEPARTEMENTALE 2021

NOM : ..... Prénom : .....

CLUB : ..... Date de Naissance : .....

Catégorie 2020 : Départementale D.....

Catégorie 2020 : fédération affinitaires.....catégorie.....

Coureur classé dans les 5 premiers du classement régional 2020, souhaitant redescendre dans sa catégorie initiale **(ne pas indiquer les courses participées) \***

Coureur souhaitant descendre de catégorie\*

**Courses participées en 2020 :**

Motivations ou remarques particulières : **RAPPEL la commission n'est pas compétente sur les avis médicaux**

.....  
.....

Date et signature

\*cocher la case correspondante