

Bilan interventions secours Coupe Inter Régionale Ouest de VTT trial



Date de la compétition : **11 Septembre 202**

Calendrier : **FFC - Inter-région**

Classe de l'épreuve :

Genre de l'épreuve : **Trial**

Titre de l'épreuve : **Coupe Inter-Régionale VTT Trial**

Lieu de l'épreuve : **Clisson**

Club organisateur : **VS CLISSONNAIS**

Président :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Comité : **52**

Numéro club :

1 - Collège des commissaires

Président du collège : **BENOIST Benjamin**

Téléphone : **06 76 28 33 23**

Adresse : **3 impasse des Lilas 49170 ST
GEORGES SUR LOIRE**

Mail : **bbcirovttrial@yahoo.com**

2 - Poste de secours

Responsable sur le site :

Nb de secouristes : **1**

Secouristes présents :

Nom Prénom	Ville / Organisme	Signature
Bonnet Emmanuel	Pompier de clisson	

Bilan interventions secours Coupe Inter Régionale Ouest de VTT trial



3 - Bilan des interventions

Observations :

Avis important

A transmettre avec l'état de résultats dans les 48 heures qui suivent l'épreuve au Comité Régional. Le document doit obligatoirement être certifié par le Président du Jury et par le ou les personnel(s) de secours.

Le responsable du poste de secours :

Le président du jury :

BENOIST Benjamin

Le : **11 Septembre 202**

Le : **11 Septembre 202**

Signature :

Signature :