



Federación Madrileña de Ciclismo

Velódromo de Galapagar C/ Guadarrama, 72 28260 – GALAPAGAR
www.fmciclismo.com E-mail: fmciclismo@fmciclismo.com
Tels: 91 364 63 51/ 52 Fax: 91 364 63 55

EXCMO. SEÑOR:

D. _____ como Presidente de al _____

_____ domiciliado en _____.

EXPONE QUE:

Dicho Club tiene previsto, el día __ de _____ de 20____, organizar la prueba denominada _____

de acuerdo con los reglamentos, itinerarios y horarios que se adjuntan.

SUPLICA

Tenga a bien concederle la preceptiva autorización para la celebración de dicha prueba.

_____ a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____

SERVICIO DE ESPECTÁCULOS Y ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.



Federación Madrileña de Ciclismo

Velódromo de Galapagar C/ Guadarrama, 72 28260 – GALAPAGAR
www.fmciclismo.com E-mail: fmciclismo@fmciclismo.com
Tels: 91 364 63 51/ 52 Fax: 91 364 63 55

Club organizador: _____

Nombre de la Prueba: _____

Fecha de celebración: _____

Tiempo estimado de Carrera: _____ MINUTOS en circunstancias normales.

Nº de corredores participantes estimado _____

- Póliza de Responsabilidad Civil nº 018S00127RCG
- Póliza de accidente nº 054681294

Las pólizas mencionadas están contratadas por la Federación Madrileña de Ciclismo, y depositada copia en el SERVICIO DE ESPECTÁCULOS Y ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Firma y sello del Club



Federación Madrileña de Ciclismo

Velódromo de Galapagar C/ Guadarrama, 72 28260 – GALAPAGAR
www.fmciclismo.com E-mail: fmciclismo@fmciclismo.com
Tels: 91 364 63 51/ 52 Fax: 91 364 63 55

IDENTIFICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA ORGANIZACIÓN

PRUEBA : _____

ORGANIZADOR: _____

A CELEBRARSE EL DÍA: _____

DIRECTOR EJECUTIVO

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

CARNET DE CONDUCIR: _____

RESPONSABLE SEGURIDAD VIAL

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

CARNET DE CONDUCIR: _____

Firma y sello del Club



Federación Madrileña de Ciclismo

Velódromo de Galapagar C/ Guadarrama, 72 28260 – GALAPAGAR
www.fmciclismo.com E-mail: fmciclismo@fmciclismo.com
Tels: 91 364 63 51/ 52 Fax: 91 364 63 55

PROPUESTA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD VIAL Y SERVICIOS SANITARIOS

PRUEBA : _____

ORGANIZADOR: _____

A CELEBRARSE EL DÍA: _____

| | Nº Efectivos | Observaciones |
|--------------------------------------|--------------|---------------|
| Personal de la Organización | | |
| | | |
| | | |
| Vehículos de la Organización | | |
| | | |
| | | |
| Personal de Protección Civil | | |
| Personal Sanitario | | |
| | | |
| | | |
| Ambulancias | | |
| | | |
| Otros (especificar en observaciones) | | |
| | | |
| | | |

Firma y sello del Club