Demande de validation pour un test ARP

A envoyer à testarp@patinageromand.ch, 30 jours maximum après la compétition

Nom du patineur : ………………………………………………………………

Prénom du patineur : ………………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………………………………………

Club du patineur : …………………………………………………………......

No de la licence du patineur : …………………………………………………………......

Demande de validation pour le test romand : …………………………………………………………......

Nom de la compétition : …………………………………………………………......

Catégorie de la compétition : …………………………………………………………......

Date de la compétition : …………………………………………………………......

Nom du calculateur : (pas nécessaire) …………………………………………………………......

Nom du TC : …………………………………………………………......

Nom du TS : …………………………………………………………......

Nom de l’ATS : …………………………………………………………......

Nom des juges, qualification, club du jury

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Juge 1 | Juge 2 | Juge 3 | Juge 4 | Juge 5 |
| Nom |  |  |  |  |  |
| Classe |  |  |  |  |  |
| Club |  |  |  |  |  |

**Joindre le lien internet de la catégorie** pour la vérification des données (jury, panel, feuille de scores)

Date :

Nom, prénom, email du responsable du club faisant la demande :