

# COMPTE RENDU D'EPREUVE (UMPIRE)

 (à retourner signé à [vilain.cra@idfvoile.com](mailto:vilain.cra@idfvoile.com))

Juin 2014

 ARBITRE  CHEF UMPIRE  UMPIRE

Nom, Prénom ..... Signature :

N° de licence ..... N° Club ..... Nom Club .....

 EPREUVE : ..... Grade : ..... Type :  Course par équipes  Match Race

BATEAUX : .....

CLUB ORGANISATEUR : ..... Date : .....

Assesseur ..... Président Comité de Course .....

Assesseur ..... Responsable Commission Technique .....

Assesseur ..... Président Comité d'Organisation .....

**PREPARATION DE L'EPREUVE**

 Contact avec le club avant l'épreuve  OUI  NON Fiche de transmission Arbitre  OUI  NON

 Sujet ..... Instructions de Course type affichées  OUI  NON Annexes conformes  OUI  NON

 Avenants aux Instructions de Course  OUI  NON (Joindre une copie des Avenants et Annexes)

**DEROULEMENT DE L'EPREUVE**

Nombre de skipper : ..... Nombre de matches courus : .....

Nombre de bateaux : ..... - Round Robin : .....

Réclamations : ..... - ¼ de Finale : .....

- Rouges : ..... - ½ Finale : .....

- Noir : ..... - Finale : .....

**Moyens mis en œuvre :**

 - Voiliers mis à disposition  OUI  NON Qualité des voiliers mis à disposition .....

 - Panneau d'affichage  OUI  NON Paperboard  OUI  NON

 - Photocopieur  OUI  NON

**Disponibilités :**

 - Local Course :  OUI  NON

 - Bateau UMPIRE adapté :  OUI  NON .....

 - Postes radio VHF :  OUI  NON Nombre .....

 - Liste des engagés affichée :  OUI  NON Commission technique :  OUI  NON

**Organisation Générale : Avez-vous rencontré des difficultés ?**

 - Avant la course  OUI  NON Sujet .....

 - Pendant la course  OUI  NON Sujet .....

 - Après la course  OUI  NON Sujet .....

 - Intention(s) d'appel  OUI  NON Si OUI, dossier préparé  OUI  NON

**Moyens adaptés à l'épreuve**  OUI  NON

 Commentaires et Suggestions .....  voir suite au verso

## FICHE REMBOURSEMENT DEPLACEMENT

**Stagiaire régional en formation :** Remboursement par la MFE

**Arbitres régionaux :** Seules les régates grade 5A minimum et ES en dehors du Club de l'Arbitre peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Adresse du Bénéficiaire : .....

DEPLACEMENT Ville de Départ / Retour : ..... Lieu de l'Epreuve :

VEHICULE Marque ..... Type ..... Puissance fiscale ..... CV

Affectation	Nature	Montant
G 625 100	Déplacement : Km (Taux : 0.31 Euro / Km)	€

**VALIDATION DU RESPONSABLE DE LA CRA**

Nom, prénom ..... Signature :

Date d'accord ..... Nombre de fiches ..... Montant total .....