Formulário de preenchimento obrigatório, a ser enviado a FCA, num prazo máximo de 36 horas a contar do término do evento. Os itens nele indicados servem como orientação geral, podendo o Delegado Técnico acrescentar outros aspectos que considere importantes.

1. **IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Delegado Técnico, registro e categoria** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Prova** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Local e endereço da largada** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Entidade(s) promotora(s)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patrocinadores e publicidade** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **-Tipo de corrida (trilha, rua, individual, duplas, revezamento)**  **.......................................**  **-Distância (as)**  **.......................................**  **-Percurso (tinha identificação com cones, grades ou outros, identificação de placas nos km e nos retornos, etc.**  **.......................................**  **- Postos de água e outros (quantos e onde, identificar o km)** | **...............................................................................................................**  **...............................................................................................................**  **...............................................................................................................** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medidor Oficial (com bicicleta calibrada)**  **....................................**  **Medidor NÃO oficial (como foi medido)** | **...............................................................................................................** |

1. **ASPECTOS DE CARÁTER ADMINISTRATIVO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Segurança**  Descreva os órgãos de segurança envolvidos na prova e a atuação destes. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Serviços Médicos**  Discorra sobre os serviços médicos disponibilizados para o evento, incluindo: hospital conveniado, posto (s) de atendimento, nº de ambulâncias, nº de médicos, nº de enfermeiros, nº de fisioterapeutas, massoterapeutas, e a atuação destes.  ...............................................................................  Número de atendimentos e se alguém foi encaminhado ao hospital | .................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **Guarda Volumes**  Descreva se o guarda volumes disponibilizado no local de largada da prova, e o transporte destes para o local de chegada funcionou satisfatoriamente. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Banheiros Químicos**  Descreva se o quantitativo de banheiros químicos disponibilizados aos participantes foi suficiente, ou se foram utilizados outros banheiros |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos Humanos**  Descreva o quantitativo de RH envolvidos na organização da prova, incluindo: secretaria, staff, voluntários, etc. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Entidades de apoio**  Cite as entidades que apoiaram a realização da prova: Federação, Prefeitura, Secretaria de Esportes, etc. |  |

1. **ASPECTOS DE CARÁTER TÉCNICO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Congresso Técnico**  Descreva se foi realizado, assuntos discutidos, decisões tomadas e demais assuntos que julgar pertinentes |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbitragem**  - Descreva o quantitativo, desempenho da equipe de arbitragem que atuou na prova com o nome completo e registro de árbitro da Cbat, e se estes foram indicados pela Federação Estadual.  ...............................................................................  - Caso tenha algum árbitro da FCA envolvido na organização que não foi indicado pela mesma, citar o nome;  ...............................................................................  - Identifique a empresa responsável pela cronometragem eletrônica e o responsável no evento, com seu e mail. | ....................................................................................  .................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sistema de Som**  Descreva se o sistema de som foi eficiente para atender às necessidades da prova. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Área de largada/Chegada**  Descreva a área de largada, incluindo: marcação da linha de partida, amplitude do pórtico, controle, dificuldades, gradeamento e funil. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Quantitativo de atletas e divisão dos pelotões**  Descreva o quantitativo de atletas inscritos no total e por faixa etária e sexo. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horário**  Discorra sobre o cumprimento ou não do(s) horário(s) de largada da prova, motivo de atraso (se for o caso) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Resultados**  Discorra sobre a eficácia na apuração e divulgação dos resultados da prova, e se os mesmos devem ser homologados. (Só homologar se possuir medição oficial) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Premiação**  Discorra sobre a agilidade na premiação. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informações complementares**  Discorra sobre informações complementares que julgar necessárias e também caso tenha ocorrido algum tipo de agressão, ofensa ou incidente durante o evento. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anexos**  Anexar boletim de resultados de cada prova: - Cronometragem eletrônica(todos os resultados)  .............................................................................  Cronometragem manual (resultado de no mínimo 30 primeiros colocados) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **HOMOLOGAR RESULTADOS?**  Caso negativo, favor descrever os fatores que o levaram a tomar esta decisão |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Assinatura** |  | **Data** |
|  |