

DEMANDE DE SURCLASSEMENT EXCEPTIONNEL DE DEUX ANS

IDENTIFICATION DU LICENCIÉ MINEUR

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : /..... /.....

sexe F M

Activité pratiquée :

Catégorie d'origine :

DEMANDE DU RESPONSABLE DE L'ASSOCIATION

NOM DE L'ASSOCIATION :

Nom du responsable de l'association auteur de la demande :

Fonction assurée au sein de l'association :

Nature du surclassement (catégorie demandée) :

Motivation de la demande (*obligatoire*) :

.....
.....
.....

Le /..... /.....

Signature :

ACCORD DU OU DES RESPONSABLES LEGAUX A LA PROPOSITION DE SURCLASSEMENT

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Père Mère Autre (précisez :))

Déclare avoir pris connaissance de la demande surclassement faite pour mon enfant (prénom-nom).....
..... et donner mon accord à ce surclassement de deux ans.

Le /..... /.....

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL – précisions sur les mentions nécessaires

Le certificat médical produit à l'appui de la demande de surclassement exceptionnel doit mentionner les nom et prénom de l'enfant ainsi que sa date de naissance ; il doit préciser l'activité et qu'il s'agit d'une pratique en compétition avec double surclassement.

Formulation type : « L'enfant , né(e) le , ne présente pas de contre-indication pour la pratique de..... (activité) en compétition, avec double surclassement. »

Chaque médecin appréciera l'opportunité d'apporter des commentaires complémentaires en fonction des résultats de l'examen pratiqué.

CACHET DU COMITE DEPARTEMENTAL