

# CERTIFICAT MEDICAL POUR SURCLASSEMENT DE PLUS D'UNE ANNEE

---

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur ..... atteste que l'état de santé de

M..... né(e) le .....

ne contre indique pas à la competition en ..... avec surclassement de ..... ans

A ....., le .....

Signature

Cachet du Docteur

---

## JUSTIFICATION DE DEMANDE DE SURCLASSEMENT

par le président, l'entraîneur ou le responsable du club

ASSOCIATION : .....

Je soussigné ....., président, entraîneur, ou responsable du club (1),

atteste que le surclassement de ..... années de M.. ..... se justifie pour les raisons  
suivantes :

.....

.....

A ....., le ..... Cachet du Club

(1) Signature du président, entraîneur, ou responsable du club

(1), Rayer les mentions inutiles

---

## SIGNATURE DES PARENTS

Je soussigné ....., représentant légal de l'enfant dénommé ci-dessus me  
déclare informé de la demande de surclassement formulée ci-dessus

A ....., le ..... Signature

**CERTIFICAT MEDICAL POUR SURCLASSEMENT DE PLUS D'UNE ANNEE**

**ACCUSE DE RECEPTION  
DU MEDECIN FEDERAL NATIONAL**

Je, soussigné, Dr ....., Médecin fédéral national de l'UFOLEP,  
déclare accuser réception de la demande et autoriser le surclassement de ..... années de

M. ....

Fait à ..... le ..... Cachet

Signature

Envoyer à UFOLEP PAS DE CALAIS  
MAISON DES SPORTS  
9 rue Jean Bart-62143-Angres  
Tél : 03 21 72 67 41- [ufolep62.lydie@ligue62.org](mailto:ufolep62.lydie@ligue62.org)

---

**CERTIFICAT MEDICAL POUR SURCLASSEMENT DE PLUS D'UNE ANNEE**

**ACCUSE DE RECEPTION  
DEPARTEMENTAL**

L'UFOLEP du Pas de Calais accuse réception le de la demande complète de surclassement  
de ... ..... années, concernant

M .....

et l'envoi au Médecin fédéral national.

Fait à ..... le ..... Cachet

Signature

UFOLEP PAS DE CALAIS  
MAISON DES SPORTS  
9 rue Jean Bart-62143-Angres  
Tél : 03 21 72 67 41- [ufolep62.lydie@ligue62.org](mailto:ufolep62.lydie@ligue62.org)