

## DEMANDE DE SURCLASSEMENT EXCEPTIONNEL DE 2 ANS

### IDENTIFICATION DU LICENCIÉ MINEUR

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... SEXE : F  H

POIDS : ..... TAILLE : .....

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 classement (catégorie demandée) : .....

Motivation de la demande (obligatoire) : .....

.....

.....

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

SIGNATURE :

### ACCORD DU OU DES RESPONSABLES LEGAUX A LA PROPOSITION DE SURCLASSEMENT

Nom du responsable légal : .....

Père  Mère  Autre (précisez : .....) )

Déclare avoir pris connaissance de la demande de surclassement faite pour mon enfant (prénom / nom : ..... ) et donner mon accord à ce surclassement de ..... an(s).

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

SIGNATURE :

### CERTIFICAT MEDICAL – précisions sur les mentions nécessaires (à fournir en PJ)

Le certificat médical produit à l'appui de la demande de surclassement exceptionnel de deux ans doit mentionner le 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 surclassement de deux ans, préciser **le poids et la taille** de l'enfant.

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

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

**CACHET DU COMITE DEPARTEMENTAL**