

DEMANDE DE SURCLASSEMENT EXCEPTIONNEL DE AN(S)

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

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.

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