



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Destiné aux Juniors et Espoirs

**Surclassement valable pendant la saison en cours**

A transmettre par courriel à [csns.pole.hautniveau@gmail.com](mailto:csns.pole.hautniveau@gmail.com) au moins 15 jours avant la compétition

DEMANDE DU CADRE TECHNIQUE REGIONAL OU NATIONAL (réfèrent ou cadre technique d'état)

Je soussigné (NOM Prénom) \_\_\_\_\_

Demande un surclassement de pratique du Sambo en compétition en faveur de :

NOM / Prénom \_\_\_\_\_

Né-e le : \_\_\_\_\_ Licence N° : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Club : \_\_\_\_\_

Dans la catégorie (cocher la case correspondante) :  Espoirs  Séniors

Performance réalisée justifiant la demande : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature :

## AUTORISATION PARENTALE DE SURCLASSEMENT

Je soussigné (NOM Prénom) ..... en qualité de (père, mère, tuteur) : .....

autorise : (NOM Prénom) .....

à être surclassé afin qu'il puisse pratiquer le Sambo en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

Fait à : ....., le : ..... Signature : .....



IK / FDS - 2022-V2

## CERTIFICAT MEDICAL DE SURCLASSEMENT

À joindre au formulaire de demande de surclassement

Je soussigné Docteur (Nom – Prénom) : \_\_\_\_\_

Médecin qualifié en **Médecine du sport**, certifie avoir examiné

NOM/ Prénom \_\_\_\_\_

et autorise son surclassement afin qu'il-elle puisse pratiquer le Sambo-sportif / Sambo-Combat\* en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

**Signature, cachet professionnel :**

**Avec qualification en médecine du sport lisible :** \_\_\_\_\_

VALIDATION FFLDA
Fait à : _____, le : ____ / ____ / ____
Signature, cachet FFL&DA :

\* Rayer la mention inutile