



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 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 :



Commission Sportive Nationale SAMBO
FEDERATION FRANÇAISE DE LUTTE



IK / FDS - 2023-V1

Annexe 9-2

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

FEDERATION FRANÇAISE DE LUTTE ET DISCIPLINES ASSOCIEES - SAMBO

Siège Social : 2, rue Louis Pergaud - 94706 Maisons Alfort Cedex – ☎ 01 41 79 59 10 – 📠 01 43 68 40 53 – Courriel : ff.lutte@wanadoo.fr

Site Internet : www.fflutte.com