

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SURCLASSEMENT SAMBO SPORTIF

Uniquement pour LA categorie supérieure
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 Combat en compétition en faveur de :

NOM/Prénom

Né le :/...../.....

Licence n° :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Club :

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 :