

SAISON 2024

DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Destiné aux U13 2^e année, U15 2^e année, U17 2^e année

Surclassement valable pour la saison 2024 pour les compétitions individuelles

A transmettre par courriel à la FFLDA (ffl@fflutte.org) avant la date de la compétition

Une autorisation FFLDA sera transmise par mail au cadre technique

DEMANDE DU CADRE TECHNIQUE RÉGIONAL OU NATIONAL* (réfèrent ou cadre d'état)

*Seul un entraîneur national pourra demander un surclassement quand la catégorie d'âge réel du lutteur figure au programme d'une compétition (exemple : surclassement en U17 pour compétition destinée aux U15 et U17)

Je soussigné (NOM Prénom),
demande un surclassement de pratique de la lutte en compétition en faveur de :

NOM / Prénom né(e) le : Licence N° :

Sexe : Masculin Féminin

Club :

Dans la catégorie (cocher la case) : U15 U17 U20

Performance réalisée justifiant la demande :

Fait à : le : Signature :

AUTORISATION PARENTALE

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

autorise : (NOM Prénom)
à être surclassé afin qu'il puisse pratiquer la lutte en compétition dans la catégorie d'âge
immédiatement supérieure.

Fait à : le : Signature :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur (NOM Prénom)
Qualifié en **médecine du sport**, certifie avoir examiné

NOM/ Prénom et autorise son surclassement afin qu'il puisse
pratiquer dans une compétition de lutte dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

Fait à :, le : Tel :

Signature et cachet professionnel avec qualification en médecine du sport lisible
(ou à défaut une attestation manuscrite du médecin)

.....