

## DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Destiné au benjamin 2<sup>e</sup> année, minime 2<sup>e</sup> année, cadet 2<sup>e</sup> année  
Surclassement valable pendant 6 mois pour les compétitions individuelles  
A transmettre par courriel à la FFL (ffl@fflutte.org) avant la date de la compétition

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

\*Seul un cadre technique national pourra demander un surclassement quand la catégorie d'âge réel du lutteur figure au programme d'une compétition (exemple : surclassement en cadet pour compétition destinée aux minimes et cadets)

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) :  Minime\* (lutte libre uniquement)  Cadet  Junior

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) .....  
Médecin qualifié en médecine du sport, certifie avoir examiné

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

Fait à : ....., le : ..... Tel : .....

Signature et cachet professionnel  
avec qualification en médecine du sport lisible : .....

### VALIDATION FFL

Fait à : ..... le : ..... cachet FFL :