



# SAISON 2024

## DEMANDE DE SURCLASSEMENT



**Demande de surclassement destinée aux U13 2<sup>e</sup> année, U15 2<sup>e</sup> année et U17 2<sup>e</sup> année**  
**Surclassement valable pour les compétitions individuelles en 2024**

A transmettre par courriel à la FFLDA (ffl@fflutte.org) avant la date de la compétition  
Une réponse sera envoyée par mail au cadre technique qui a réalisé la demande

### 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 une 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)

.....