

DEMANDE DE MODIFICATION DE CLASSIFICATION

PRÉVOIR UNE RÉPONSE SOUS 15 JOURS



MOTIF de la demande
de changement

SPORTIF

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

N° DE LICENCE FFSA : _____

ANNÉE PREMIÈRE LICENCE FFSA (facultatif) : _____

COMITÉ DÉPARTEMENTAL SPORT ADAPTÉ : _____

EVALUATION INITIALE : indiquez le résultat chiffré pour :

AB ☐

BC ☐

CD ☐

DE ☐

NOUVELLE EVALUATION : à partir de la saison 2025/2026

Fournir le document PDF reçu
à la fin de l'évaluation du sportif
par le classificateur

LIEU DE VIE : (adresse)

STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE (scolaire, professionnelle, sanitaire...) :

DIPLOMES (scolaires, professionnels, permis B, secourisme...)

MESURES DE PROTECTION (tutelle, curatelle...) :

EVALUATEUR (réfèrent éducatif ressource)

NOM : _____

PRENOM : _____

FONCTION : _____

Signature **obligatoire**

EVALUATEUR (réfèrent éducatif ressource)

NOM : _____

PRENOM : _____

FONCTION : _____

Signature **obligatoire**

CLASSIFICATEUR NOMME PAR LE CLUB

NOM : _____

PRENOM : _____

FONCTION : _____

Signature **obligatoire** :