

DEMANDE DE MODIFICATION DE CLASSIFICATION

MOTIF de la demande
de changement

SPORTIF

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

NUMERO DE LICENCE FFSA :
ANNEE PREMIERE LICENCE FFSA (facultatif) :

COMITE DEPARTEMENTAL SPORT ADAPTE :

EVALUATION INITIALE : indiquez les nombres de

AB BC CD

NOUVELLE EVALUATION : indiquez les nombres de

AB BC CD

LIEU DE VIE :

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

EVALUATEUR (réfèrent éducatif ressource)

- NOM :
- PRENOM :
- FONCTION :

Signature

CLASSIFICATEUR (responsable de la classification)

Obligatoirement le Président de l'association

- NOM :
- PRENOM :
- FONCTION :

Signature