

DEMANDE DE MODIFICATION DE CLASSIFICATION

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 nombre de :

AB BC CD

NOUVELLE EVALUATION : indiquez le nombre de :
Utiliser l'outil de classification présent sur le site FFSA

AB BC CD

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**

PRÉSIDENT DU CLUB

NOM : _____

PRENOM : _____

FONCTION : _____

Signature du président
obligatoire :

A RETOURNER rempli et signé à : licence@sportadapte.fr