

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 <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> NOUVELLE EVALUATION : indiquez les nombres de AB <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>
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