

## Certificat de double surclassement

---

### DOSSIER DE DOUBLE SURCLASSEMENT : VOLET ADMINISTRATIF

---

L'escrime est un sport d'opposition exigeant, qui expose à la confrontation avec des sportifs de gabarit et de développement parfois très différents, particulièrement lors de la pratique en compétition à un niveau supérieur à sa catégorie d'âge.

Le feuillet médical doit être rempli par un médecin agréé FFE ou médecin du sport.  
Ce feuillet administratif devra être envoyé au Comité Régional :

- Pour autorisation du médecin fédéral régional et validation du coupon (tampon)
- Pour validation du double surclassement sur le l'extranet de la fédération et conservation (saison sportive)

**Une copie de la demande (feuillet administratif) est à transmettre au club (pour info), et à la FFE (par mail à [contact@ffescrime.fr](mailto:contact@ffescrime.fr)), à l'attention du médecin fédéral - pour info.**

#### Autorisation du responsable légal :

Je soussigné(e), M. Mme .....(père, mère, tuteur) autorise mon fils – ma fille .....(NOM, Prénom, Club, Catégorie) à pratiquer l'escrime en compétition avec un double surclassement.  
Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Signature :

#### Avis du maître d'armes :

J'estime que le double surclassement de .....(NOM, Prénom), licencié au club d'escrime de .....présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie ..... arme .....  
Facultatif : ce surclassement doit être limité à .....(nombre) compétition(s).  
Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Nom et signature du maître d'armes :

#### Avis du CTS (ou du responsable de l'équipe technique régionale, quand le CR ne dispose pas de CTS) :

J'estime que le double surclassement de .....(NOM, Prénom), licencié au club d'escrime de .....présente un intérêt sportif. Je donne un avis favorable à sa pratique de l'escrime en compétition dans la catégorie ..... arme .....  
Facultatif : ce surclassement doit être limité à .....(nombre) compétition(s).  
Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Nom et signature du CTS ou responsable ETR :

#### Avis du médecin fédéral régional : (après analyse du feuillet médical joint sous pli confidentiel)

Je soussigné(e), Dr..... Certifie avoir pris connaissance des éléments médicaux requis pour le jeune ..... (NOM, Prénom), né le....., et considère que ses caractéristiques de développement physique et psychologique sont compatibles avec un double surclassement en catégorie ..... arme .....  
Facultatif : ce surclassement doit être limité à .....(nombre) compétition(s).  
Fait le ..... / ..... / ..... à ..... Signature et cachet :

