



## FICHE DE DEMANDE DE RETROGRADATION DE SERIE

*Aucune demande (sauf pour raison médicale) ne sera examinée  
après le 30 novembre.*

F  
É  
D  
É  
R  
A  
T  
I  
O  
N  
  
F  
R  
A  
N  
Ç  
A  
I  
S  
E  
  
D  
E  
  
C  
Y  
C  
L  
I  
S  
M  
E

|                     |  |
|---------------------|--|
| NOM                 |  |
| PRENOM              |  |
| DATE DE NAISSANCE   |  |
| CLUB                |  |
| N° LICENCE          |  |
| SERIE AU CLASSEMENT |  |
| POINTS              |  |
| SERIE DEMANDEE      |  |

### MOTIF DE LA DEMANDE :

Date et signature de l'intéressé :

### AVIS DU MEDECIN REGIONAL : (si nécessaire selon motif)

Date et signature :

### AVIS DU PRESIDENT DE CLUB :

Date et signature :

Cachet du club :

### AVIS DU COMITE DEPARTEMENTAL :

Date et signature :

Cachet du comité départemental :

### DECISION DEFINITIVE

Date et signature :

Cachet du comité régional :