

DEMANDE DE QUALIFICATION EXCEPTIONNELLE

Pour le Championnat Territorial de : Date :

Date de la Compétition Départementale :

ÉLÈVE : NOM :
 Prénom :
 Etablissement et VILLE :

Épreuve :

Catégorie : **BG** **BF** **MG** **MF** **CG** **CF** **JG** **JF**

Entourez la mention utile

Problème posé et motif de la non qualification (joindre obligatoirement un justificatif) :

.....

.....

Performances réalisées dans la saison Uniquement en épreuve U.G.S.E.L. (ou éventuellement en fédération)	
Compétition :	
Date et Lieu :	
Performance :	
Certifié par :	
Avis et visa du Secrétariat Départemental U.G.S.E.L.	Avis et coordonnées du Professeur d'E.P.S. (nom et n° portable)
.....
.....
.....