

DEMANDE DE QUALIFICATION EXCEPTIONNELLE

Pour le Championnat National de : Date :

Date de la Compétition Territoriale :

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 Territorial U.G.S.E.L. | Avis et coordonnées du Professeur d'E.P.S. (nom et n° portable) |
| | |
| | |
| | |