**DEMANDE DE QUALIFICATION EXCEPTIONNELLE**

##### Fédération Sportive Educative de l’Enseignement Catholique

**Comité Nord Cambrai**

(Pour un championnat régional ou territorial)

A faire parvenir au secrétariat du comité au plus tard 24h00 après la compétition départementale.

Je soussigné (nom et prénom) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Professeur d’EPS

de l’établissement (nom et ville) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**demande la qualification exceptionnelle au Championnat Régional/Territorial**

 de (sport) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 de l’élève (Nom et Prénom) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 N° de licence  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Catégorie  . . . . . . . . . . . .

 Pour l’épreuve de  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Motif**

 Maladie (joindre le certificat médical)

 Examen (joindre la convocation ou l’attestation du chef d’établissement)

 Autres raisons . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Performance(s) scolaire(s) ou fédérale(s) dans l’épreuve demandée**

(année en cours ou année précédente)

Performance : . . . . . . . . . . . réalisée au championnat . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Performance : . . . . . . . . . . . réalisée au championnat . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Commentaire(s) :

Fait à . . . . . . . . . . . . . . . . . le . . . . . . . . . . . . . . . . Nom et signature du demandeur