



## DEMANDE DE RECLASSEMENT

### SOUS-CLASSEMENT / SUR-CLASSEMENT

La demande de reclassement est faite auprès de la Direction Sportive de Haut Niveau.  
Le Comité médical et la DTN valident ou non la demande de reclassement.  
Le dossier est à envoyer à : [reclassement@ffr.fr](mailto:reclassement@ffr.fr). Tout dossier incomplet ne sera pas traité.  
L'instruction du dossier dure entre 2 et 4 semaines, une fois la demande reçue par la FFR.

**SUR-CLASSEMENT**

**SOUS-CLASSEMENT**

#### JOUEUR(SE) CONCERNÉ(E) :

<b>NOM Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Club/Ligue</b>	
<b>Catégorie demandée</b>	

<i>Documents <b>obligatoires</b> demandés</i>	<b>SOUS-classement</b>	<b>SUR-classement</b>
<b>CERTIFICAT MÉDICAL</b> mentionnant : Taille / Poids Indice Masse Grasse Attention particulière sur le rachis cervical	✓  + pathologie Raison médicale	✓ + <u>pour les filles</u> : Age 1 <sup>ère</sup> règles, nombre de cycles dans l'année écoulée, si aménorrhée de plus de 3 mois
<b>COURRIER DU CLUB</b> motivant le reclassement	✓	✓
<b>ATTESTATION DTL</b>	Seulement pour le « <b>joueur débutant</b> » se mettant en danger dans sa catégorie de base	✓
<b>AUTORISATION PARENTALE</b>	✓	✓

#### **Pour les garçons**, 3 profils :

- le joueur repéré sur la filière de haut niveau par les managers PPF,
- le joueur ultra dominants, qui mettraient en danger les joueurs de leur catégorie,
- le joueur de petit gabarit et/ou débutant et/ou pour raison médicale qui serait en danger dans sa catégorie d'âge

#### **Pour les filles**, 3 profils :

- la joueuse repérée sur la filière de haut niveau par les managers PPF,
- une joueuse qui n'a pas accès à la pratique dans sa catégorie et pour qui le sur-classement favoriserait le développement, sans la mettre en danger physiquement,
- une joueuse de petit gabarit et/ou débutante et ou pour raison médicale qui serait en danger dans sa catégorie d'âge.

A savoir, qu'un(e) joueur(se) surclassé(e) ne peut pas évoluer au poste de 1<sup>ère</sup> Ligne dans les compétitions où les mêlées sont poussées.

La double licence est compatible avec le sur-classement (CODIR du 16/06/2020).



**CERTIFICAT MEDICAL**

*Demande de RECLASSEMENT*

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant \_\_\_\_\_

Et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente pour pratiquer le rugby en compétition dans la catégorie immédiatement SUPERIEURE / INFERIEURE <sup>(1)</sup>

**Taille :** .....

**Poids :** .....

**Indice Masse Grasse :** .....

Sont concernés, les joueuses sollicitant un sur-classement.

**Date des 1<sup>ère</sup> règles :** .....

**Nombre de cycles dans l'année écoulée :** .....

**Si aménorrhée de plus de 3 mois :** OUI / NON <sup>(1)</sup>

En cas de sous-classement, merci de bien vouloir compléter (si raison médicale il y a)

**Raison médicale / Pathologie :**

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin (obligatoire) :

(1) rayer la mention inutile



## ATTESTATION DU DIRECTEUR TECHNIQUE DE LIGUE

Je soussigné (Nom, prénom) : \_\_\_\_\_

Directeur technique sur la ligue : \_\_\_\_\_

Atteste sur l'honneur que le joueur / la joueuse (Nom, prénom, date de naissance) :

\_\_\_\_\_

Ne présente aucune contre-indication technique pour passer de la catégorie M \_\_\_\_\_ à la catégorie \_\_\_\_\_

Présente des contre-indications techniques pour passer de la catégorie M \_\_\_\_\_ à la catégorie \_\_\_\_\_

Aide à la décision	OUI	NON
Est capable d'engager les 2 épaules sur la phase de placage		
Est capable de gratter le ballon sur la phase de ruck		
Est capable de chuter balle en main après un placage		

Ne répond pas aux critères d'éligibilité pour obtenir un reclassement.

Commentaires (si nécessaire) :

Fait à :

Le :

Signature

Cachet de la ligue



## AUTORISATION PARENTALE DE RECLASSEMENT\*

Je soussigné (Nom, prénom, qualité) :

---

Autorise ma fille, mon fils (Nom, prénom, date de naissance) :

---

A évoluer dans la catégorie supérieure (Préciser la catégorie) :

---

OU

Demande à évoluer dans la catégorie inférieure (Préciser la catégorie) :

---

Fait à :

Le :

Signatures

Mère

Père

\*Si les parents sont séparés, le père et la mère doivent remplir ce formulaire.