

Dossier de demande
Triple sur-classement régional
SAISON 2026/2027

DOCTEUR AMIOT Virgile

Médecin Régional

Ligue Centre-Val de Loire de Volley

49 rue Winston Churchill

45800 Saint-Jean de Braye

Tél : 02 38 66 16 94

contact@liguecentrevolley.com

Présentation de ce dossier :

Afin de s'aligner sur la politique des catégories d'âge, nous vous proposons la mise en place d'un triple surclassement régional.

Cette procédure va donner la possibilité à un jeune joueur talentueux ou jeune joueuse talentueuse de jouer dans une catégorie d'âge supérieure pour lui donner les moyens de continuer sa progression.

La procédure s'appuie sur un double critère : Technique et Médical.

En cas de validation de cette demande, et en référence à l'article 9.10 du RGES 24/25, les joueurs ne peuvent disputer plus de deux rencontres dans une période de 3 jours pleins consécutifs, sauf dans le cadre d'épreuves spécifiques comportant plus de deux équipes (sélections, poules de qualification, poules finales fédérales, tournois, Coupes de France).

Procédure :

1. Compléter le dossier
2. Evaluation technique : référence à la participation au Centre Régional d'Entraînement
3. Le joueur, la joueuse, doit passer les examens médicaux de **la fiche C** chez un médecin du sport et cardiologue.

Attention les frais de ces examens ne sont pas remboursés :

Tarifs indicatifs :	Consultation cardiologie + Électrocardiogramme : 62.52 €
(Valeur sécurité	Echocardiographie : 96.49 €
Sociale)	Radiographie du rachis lombaire : 66.42 €

Documents à fournir pour la Fiche C :

- Électrocardiogramme (datant de moins de 2 ans)
- Échocardiographie
- Radiographie du rachis lombaire si besoin

Validation du dossier par le Médecin régional de la Ligue

A la suite de la validation médicale, le triple surclassement sera effectif et une attestation sera remise pour être présentée à chaque match.

4. En cours de saison, une nouvelle visite médicale chez le médecin du sport est à effectuer pour le suivi du joueur. Cette visite doit être validée par le Médecin régional de la Ligue

Suivi médical par le Médecin régional de la Ligue

Catégories d'âges concernées :

Ce triple surclassement autorise exclusivement les M15 à jouer en Senior.

(Cocher la demande correspondante)

Filles	Garçons	
M15 pour jouer en Sénior Départemental ou Régional	M15-1 ^{ère} année pour jouer en Sénior Départemental	M15 – 2 ^{ème} année pour jouer en Sénior En Pré-National

Renseignements généraux

Le Club :

Nom du Club :

.....
.....

Le(a) joueur (se) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ... / ... /

N° de licence :

Adresse :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

N° de téléphone : ... / ... / ... / ... / ...

Adresse Internet : @

Nom du joueur :

Informations sur le parcours sportif du (de la) joueur (se) :

(Entourer la réponse correspondante)

Le(La) joueur (se) joue-t-il (elle) en UNSS ? oui / non

Le(La) joueur (se) a-t-il (elle) participé à 1 stage départemental en Poussin ? oui / non

Le(La) joueur (se) a-t-il (elle) participé à 1 stage départemental en Benjamin ? oui / non

Le(La) joueur (se) a-t-il (elle) participé à 1 CRE ? oui / non

Organisation de la scolarité du (de la) joueur (se) :

(Entourer la réponse correspondante)

Le (la) joueur (se) a-t-il (elle) un projet d'études et/ou un projet professionnel ? oui / non

Si oui, expliquer :

.....
.....
.....
.....
.....

Le (la) joueur (se) a-t-il (elle) a-t-il redoublé une classe ? oui / non

Le (la) joueur (se) a-t-il (elle) a-t-il des difficultés pour organiser son travail ? oui / non

Si oui, expliquer :

.....
.....
.....
.....
.....

Le(La) joueur (se) pourra-t-il (elle) organiser son travail pour assister à plusieurs entraînements en semaine et la compétition le week-end ? oui / non

Avis Technique et administratif pour tout joueur, toute joueuse, n'étant pas passé au Centre Régional d'Entraînement, l'avis sera demandé au Comité Départemental de Volley-Ball.

Les Parents :

Avis des parents :

Nom du joueur :

L'entraîneur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....
.....
.....
.....

N° de téléphone : ... / ... / ... / ... / ...

Adresse Internet : @

Diplômes dans le volley-ball :

.....
.....
.....

Année de la dernière participation à une formation :

L'entraînement :

Nombre d'entraînement par semaine (préciser dans quelle équipe le joueur, la joueuse s'entraîne) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Commentaire de l'entraîneur sur le (la) jeune joueur (se) :

Nom du joueur :

Motivation de l'entraîneur pour intégrer le (la) jeune joueur (se) dans l'équipe :

Motivation du Président du Club :

Nom du joueur :

Avis du Comité Départemental de Volley-Ball :

Le suivi :

Le Médecin de Ligue fera le suivi du dossier médical et une visite en cours de saison. L'ETR, sous couvert du CTS ou de l'ATR, assurera le suivi technique du (de la) joueur (se) et viendra au moins une fois dans la saison sur un match.

Les clauses :

Cette demande de triple surclassement peut être rompue si l'une de ces clauses n'est pas respectée :

- Le (la) joueur (se) s'engage à participer à tous les CRE et CDE où il sera sélectionné(e).
- Le (la) joueur (se) s'engage à respecter la procédure de suivi médical.

Fait à, Le / / 20...

Signature du Président
du Club demandeur :

Signature de l'entraîneur
de l'équipe :

Signature du
responsable légal du
joueur demandeur :

Signature du joueur
demandeur :

Avis de la Commission Technique :

OBSERVATIONS DU CADRE TECHNIQUE DE LA LIGUE CENTRE-VAL DE LOIRE DE VOLLEY-BALL :

Nom du joueur :

● ÉVALUATION DES QUALITÉS DE JEU :

● ÉVALUATION DES QUALITÉS TECHNIQUES :

● ÉVALUATIONS DES QUALITÉS PHYSIQUES :

● ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION ET DU COMPORTEMENT DU JEUNE DANS LE COLLECTIF SENIOR :

● AVIS GÉNÉRAL :

DATE :

L'avis de la Commission Technique est (entourer la bonne réponse) :

Favorable

Défavorable

Avis de la Commission Médicale :

LE MÉDECIN ÉTANT SOUMIS AU SECRET MÉDICAL, LES ÉLÉMENTS MÉDICAUX DU DOSSIER NE SONT PAS DIFFUSABLES. LE MEDECIN DE LA LIGUE RESTE À LA DISPOSITION DE LA FAMILLE POUR ARGUMENTER SA DECISION.

L'avis de la Commission Médicale est (entourer la bonne réponse) :

Favorable

Défavorable

Nom du joueur :

**Date, Signature et
Cachet du Médecin
Régional Fédéral**