



FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE - PARENTALE 2012

| | |
|--|--|
| INFORMATION DU JOUEUR | |
| Nom : | Prénom : |
| | |
| DDN : | |
| | |
| AUTORISATION PARENTALE | |
| Je _____ autorise le joueur/joueuse, de catégorie _____ à s'affilier avec l'équipe _____ de catégorie d'âge _____. | |
| _____ | _____ |
| Signature obligatoire du parent | Date |
| | |
| AUTORISATION MÉDICALE | |
| _____ | Estampe du médecin |
| Nom du médecin | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Vous pouvez également joindre un billet du médecin |
| L'autorisation est donnée au joueur / joueuse de catégorie d'âge _____ de s'affilier avec l'équipe de catégorie d'âge _____. | |
| _____ | _____ |
| Signature du médecin | Date |
| Extrait article 5.2 des règles de fonctionnement | |
| <i>Le double surclassement signifie l'affiliation d'un joueur dans trois (3) ou quatre (4) catégories supérieures à la sienne. Il ne peut être accordé que pour un joueur de U12 à U16. Sur réception par la Fédération des documents suivants: attestation médicale à l'effet que le joueur n'encourt aucun danger supplémentaire pour sa santé ainsi que le formulaire d'affiliation, la Fédération pourra accorder le double surclassement.</i> | |
| MODIFIÉ CA NOVEMBRE 2009 | |