



## DOSSIER DE SURCLASSEMENT

(À retourner à FFHANDISPORT/ CFFS 42 rue Louis Lumière 75020 PARIS)

**ATTENTION, LA DATE DU MEDECIN NE DOIT PAS DEPASSER DE 3 MOIS AU MOMENT DE LA CREATION DE LA LICENCE  
SOUS PEINE D'INVALIDATION DE LA DEMANDE DE SURCLASSEMENT**

Nom d'association :

N° d'affiliation de FFH:

Nom et Prénom du joueur :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Nombre d'années de pratique :

Poste occupé :

### AUTORISATION PARENTALE DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de : \_\_\_\_\_

donne l'autorisation à mon fils de participer aux examens physiques prévus par la réglementation en vigueur en vue d'obtenir l'autorisation de pratiquer en catégorie « SENIORS» et, en cas d'aptitude, l'autorise à participer aux compétitions « Séniors » au sein du club : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### DEMANDE DE L'ASSOCIATION

Je soussigné, \_\_\_\_\_, Président de l'association : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sollicite pour le joueur ci-dessus désigné l'autorisation de pratiquer le football en compétition en catégorie « Seniors »

J'atteste, en outre qu'il est licencié pour la saison en cours sous le n° \_\_\_\_\_

Niveau de l'équipe \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### DECISION DU MEDECIN

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la législation en vigueur que M. \_\_\_\_\_ est apte à pratiquer, dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, le Football en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Signature