



DOSSIER DE SURCLASSEMENT

(Scanner et envoyer par mail à « contact@footballsourds.com et s.tuccillo@handisport.org)

**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