

## DOSSIER DE SURCLASSEMENT

(Scanner et envoyer par mail à « [contact@footballsourds.com](mailto:contact@footballsourds.com) et [s.tuccillo@handisport.org](mailto: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/ma fils/fille 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-la joueur-se ci-dessus désigné l'autorisation de pratiquer le

football en compétition en catégorie « Seniors »

J'atteste, en outre qu'il-elle est licencié-e 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.

Cachet du médecin

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature