



FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE - PARENTALE

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

Nom du médecin

Estampe du médecin

- 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

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 U10 à U16. L'ARS pourra accorder le double surclassement sur réception des documents suivants : formulaire de demande de surclassement, autorisation parentale et autorisation médicale à l'effet que le joueur n'encourt aucun danger supplémentaire pour sa santé ainsi que le formulaire d'affiliation.

Modifié octobre 2011