



# DOSSIER DE SURCLASSEMENT

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

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

Cachet du médecin

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature