

# Formulaire d’autorisation médicale - parentale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Information du joueur** | | | | | |
| **Nom :      Prénom :** | | | | | |
|  | |  | |  | |
| **DDN :** | | | | | |
| **# membre ID :** | | **Club :** | |  | |
| **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** | | | | | |
| *Estampe du médecin*    **Nom 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. | | | | | |