

# 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 êtreaccordé 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. |