****

**DEMANDE DE SURCLASSEMENT**

**FORMULAIRE FAMILLE**

Nous, soussignés M. / Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Père, mère ou responsable légal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Né(e) le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Équipe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Niveau de jeu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Demande de surclassement pour jouer :

Équipe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Niveau de jeu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Atteste être en connaissance de la demande de surclassement faite par le club concernant mon fils, ma fille (1)

☐ Atteste avoir réalisé une visite médicale auprès d’un médecin du sport et fourni au club, un certificat médical daté du ……/……/………

☐ Donne mon accord pour que mon fils, ma fille puisse être surclassé(e)(1)

Je soussigné(e) M./ Mlle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhaite être surclassé(e) pour jouer dans l’équipe -13,-15 -18 / Seniors (1) qui évolue au niveau :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Sélectionné (e) en comité ☐ OUI ☐ NON \* Sélectionné(e)en ligue ☐ OUI ☐ NON

\* Participation aux Intercomités ☐ OUI ☐ NON \* Participation aux Interligues ☐ OUI ☐ NON

\* Section sportive ☐ OUI ☐ NON Laquelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Joueur (se) Signature des parents /

Responsable légal

1. : entourer la mention utile