

DEMANDE SURCLASSEMENT POUR JOUER EN ÉQUIPE JEUNES

Saison 2024/2025



FFHANDBALL

Demande du club

Je, soussigné(e) :

Président(e) du club de :

Souhaite faire une demande de surclassement pour :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : **SEXE :** F / M

Dans la catégorie d'âge : U18 HONNEUR (2010) *Après brassages*

U15 HONNEUR (2013) *Après brassages*

U13 HONNEUR (2015) *Après brassages*

Date de la demande :

Signature :

Tampon du club :

Autorisation du (de la) représentant(e) légal(e)

Je, soussigné(e), :

Représentant(e) légal(e) de :

L'autorise à évoluer en catégorie supérieure avec son club pour la saison 2024/2025 et je vous fournis son certificat médical, daté d'après le 1^{er} juin 2024.

Date de la demande :

Signature :