

FORMULAIRE 1 : DEMANDE SURCLASSEMENT POUR JOUER EN **1^{ère} et 2^{ème} DIV TERRITORIALE - SAISON 2024/2025**



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL DE SURCLASSEMENT

Concernant les joueurs (2008) & joueuses (2008 et 2009) évoluant en 1^{ères} / 2^{èmes} divisions territoriales
(dans la limite de 5 joueur.se.s par équipe à condition de ne pas avoir d'équipe U18)

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M^{me}

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition ou en loisir et juge apte à être surclassé.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien

obligatoires

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :

Réservé au représentant légal

Je soussigné.e

représentant.e légal de

né.e le

l'autorise à évoluer en avec son club.

DATE

SIGNATURE