



**DEMANDE D'AUTORISATION
D'EVOLUER DANS UNE CATEGORIE SUPERIEURE
SAISON 2016 - 2017**



**- CE DOCUMENT N'EST VALABLE QUE POUR LES CHAMPIONNATS REGIONAUX
OU INTERDEPARTEMENTAUX
A RETOURNER UNIQUEMENT AU COMITE**

CHAMPIONNAT DEPARTEMENTAL CONCERNE	Moins de 16 ans Féminines
ANNEE D'AGE AUTORISEE	2003*
ANNEE DE NAISSANCE JEUNE CONCERNE(E)	

CLUB :

JEUNE CONCERNE(E)

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

N° de licence : Date de qualification :

Taille : Poids :

Nombre d'entraînements / semaine :

Jours, horaires et lieux d'entraînement où le demandeur peut être évalué :

.....

.....

Entraîneur :

Nom :	<u>Avis :</u>
Portable :	
Niveau de qualification :	

Avis du Médecin Traitant :

FAVORABLE	Date, tampon et signature	<u>Observations éventuelles</u>
DEFAVORABLE		

Prescription d'examens complémentaires :

* Rayer la mention inutile

Engagement du Responsable Légal :

* Rayer la mention inutile

Je soussigné(e), Madame, Monsieur*

Père, Mère, Tuteur Légal* de

accepte que mon enfant évolue dans le championnat :

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de mise en place de cette demande et les accepte. Je m'engage par ailleurs à ne pas poursuivre, en cas de problème(s) survenant durant cette compétition le Comité de l'Orne de Handball.

Date et Signature, précédée de la mention « lu et approuvé :

Je soussigné(e),

Président du club :

reconnais avoir pris connaissance des modalités de mise en place de cette demande et les accepte.

ELEMENTS MOTIVANT LA DEMANDE :

.....
.....
.....

Date, tampon et signature du Président, précédée de la mention « lu et approuvé »

