

**AUTORISATION DE PARTICIPATION EN CATÉGORIE SUPÉRIEURE DANS LES
COMPÉTITIONS JEUNES DEPARTEMENTALES (ARTICLE 36.2.2)**

- *Année d'âge : 2005-2008-2010-2012-2014*

(Merci d'entourer l'année d'âge concernée)

Joueur concerné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

N° de Licence :

Club (nom entier, pas d'abréviation) :

Autorisation parentale :

Je soussigné.....représentant légal de
.....autorise mon enfant à être surclassé dans la catégorie
supérieure. Je reconnais avoir pris connaissance qu'il sera amené à participer à une compétition
avec des joueurs âgés de 3 ans de plus que lui.

Date et signature du représentant légal :

Autorisation médicale à joindre à la demande :

Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du handball **dans la catégorie d'âge
supérieure**, établi au cours de la saison concernée.

1) Date, signature et avis motivé du CTF :

2) Date et décision du bureau directeur du Comité :

Document à retourner aux adresses mails suivantes :

Geoffroy HOLLAND, CTF 78 : 5878000.gholland@ffhandball.net et au comité : 5878000@ffhandball.net

**COMITE DEPARTEMENTAL DE HANDBALL DES YVELINES
1 RUE DU SEQUOIA
78870 PLAISIR**