



FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE - PARENTALE

INFORMATION DU JOUEUR	
Nom :	Prénom :
Numéro de membre :	
AUTORISATION PARENTALE	
Je _____ autorise le joueur/joueuse, de catégorie _____ à évoluer avec l'équipe _____ de catégorie d'âge _____ .	
_____	_____
Signature obligatoire du parent	Date
AUTORISATION MÉDICALE	
_____	<i>Estampe du médecin</i>
Nom du médecin	
• Vous pouvez également joindre un billet du médecin	
L'autorisation est donnée au joueur / joueuse de catégorie d'âge _____ de s'évoluer avec l'équipe de catégorie d'âge _____ .	
_____	_____
Signature du médecin	Date
Extrait des règles de Régie section B article 4.1	
Tout joueur doit jouer dans la catégorie correspondant à son âge. Cependant, il lui est permis d'évoluer dans une catégorie supérieure immédiate. Le double-surclassement d'un joueur est permis lorsqu'un papier de consentement est signé par un parent, un médecin et finalement approuvé par la fédération.	