

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

- *Année d'âge : 2006-2009-2011-2013-2015*

*(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 :

**Le document est à retourner avant le vendredi 12H00 pour qualification dès le week-end suivant aux  
adresses mails suivantes :**

**Geoffroy HOLLAND, CTF 78 : [5878000.gholland@ffhandball.net](mailto:5878000.gholland@ffhandball.net) et au comité : [5878000@ffhandball.net](mailto:5878000@ffhandball.net)**