

CDHBY, AUTORISATION PARENTALE

Nom du joueur : _____

Prénom du joueur : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° de Licence : 58780 _____

Club (nom entier, pas d'abréviation) : _____

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.



Le 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 est **obligatoire**

Date et signature du représentant légal :