CDHBY
CHAMPIONNAT DES YVELINES

COMITÉ YVELINES FFHANDBALL

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.

Date et signature du représentant légal :