

AUTORISATION SURCLASSEMENT CATEGORIE ADULTE SAISON 2026/2027

Nom et prénom du joueur : _____

Date de naissance : _____ / _____ / 2010

N° de Licence : 58780 _____

Je soussigné, représentant légal, _____,

autorise et reconnais que mon enfant sera surclassé en compétition supérieure :
adulte

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 adulte, établi au 01/06 de la saison en cours, est obligatoire

Je soussigné(e), docteur _____

certifie avoir examiné ce jour _____

né(e) le (jj/mm/aaaa) : _____

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive du handball en
compétition ou en loisir, catégorie adulte.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien obligatoires :