



## FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE - PARENTALE

**Information du joueur / de la joueuse** Type de demande  Sous-classement  Surclassement

<b>NOM :</b>		<b>PRÉNOM :</b>	
Taille (cm) :	Taille assise (cm) :	Poids (lbs.) :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	Club :	Responsable technique :	
Numéro de passeport :	Catégorie actuelle :		

### Autorisation parentale

Je \_\_\_\_\_ autorise mon enfant, de catégorie d'âge \_\_\_\_\_, à participer à des activités/matches dans la catégorie d'âge \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

### Autorisation Médicale

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin

\_\_\_\_\_  
Étampe du médecin

**Sous-classement\*** : Il serait judicieux que ce joueur / cette joueuse de catégorie d'âge \_\_\_\_\_ soit sous-classé(e) afin de participer à des activités/matches dans la catégorie d'âge \_\_\_\_\_.

**Surclassement\*** : L'autorisation est donnée au joueur / à la joueuse de catégorie d'âge \_\_\_\_\_ de participer à des activités/matches dans la catégorie d'âge \_\_\_\_\_.

\*Vous pouvez également joindre un billet du médecin qui précise clairement la recommandation.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date