

CERTIFICAT MEDICAL DE SURCLASSEMENT

Je soussigné Docteur _____,

Certifie avoir examiné _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ et l'autorise à pratiquer le handball, dans la

catégorie d'âge immédiatement supérieure :

Moins de 13 ans Moins de 15 ans Moins de 18 ans Seniors

Le ____ / ____ / _____, à _____

Cachet du Médecin

Signature du Médecin *

* Merci de signer également en bas de la page

La COC validera **EXCEPTIONNELLEMENT au CAS par CAS** les surclassements en respectant le règlement (-5 licenciés, certificat etc...)

Toutefois, les commissions Technique et C.O.C. :

- Ne sont pas favorables à ce principe car cela engendre des problèmes dans certaines catégories (nombre d'équipes...)
- Vérifieront et suivront les effectifs et le "parcours" de ces jeunes en termes de fidélisation
- Ne valideront pas ces surclassements si d'autres solutions existent (regroupement temporaire, mutation éventuelle)
- Contacteront les entraîneurs et vérifieront la pertinence du surclassement en collaboration avec ceux-ci.

Nous comptons sur les Clubs, parents et médecins pour agir prioritairement dans l'intérêt, l'intégrité physique et morale de l'enfant.

Je confirme avoir pris en compte l'avis des Commissions Technique et COC :

Signatures :

Médecin	Parents / représentant légal	Club
_____	_____	_____

Les parents/représentant légal : Mr / Mme _____

& Le club de _____

après avis du Docteur _____

demande l'autorisation de faire évoluer le joueur/La joueuse :

Licencié(e) sous le numéro 60 16 _____

Dans l'équipe départementale - 13 ans - 15 ans - 18 ans Seniors du club

Motif de la demande :

Le ___ / ___ / _____	Parents / représentant légal	Club
Nom, prénom		
Signature		

ATTENTION : le joueur/la joueuse ne peut participer à une rencontre, qu'une fois que l'autorisation est acceptée par la COC 16. A défaut, les rencontres pourraient être perdues par pénalité.



A retourner : à CD16HB
6016000@ffhandball.net

La Commission d'Organisation des Compétitions
et le Bureau Directeur du Comité Charente Handball,

Autorise

Cette demande de surclassement départementale
à partir du ___ / ___ / 20___
pour la saison 2023 x 2024

N'autorise pas

Pour le motif suivant :

Président COC CD16