

JOUEUR / CLUB**JOUEUR/CLUB**Coordonnées du joueur

Nom Prénom Date de Naissance.....

Adresse Téléphone

Nr de Licence Taille Poids.....

Coordonnées du club

Club

Personne de contact Téléphone.....

Equipes + championnats dans lesquels le joueur souhaite évoluer

.....
.....**JUSTIFICATION DE LA DEMANDE DE SURCLASSEMENT**Justification de la part du club/coach :

.....

Nom / Prénom :

Date & Signature :

A remplir par le médecin

Justification médicale :

.....

Le [formulaire Swiss Olympic](#) a-t-il bien été rempli par le médecin (obligatoire) ? : ☐ OUI

Nom Date

Signature

DECISION : À COMPLETER PAR SWISS BASKETBALLDécision Swiss Basketball : ☐ OUI
☐ NON

Signature

Date

Motif refus :

JUSTIFICATION**DECISION**