

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 :

.....

Nom Date & Signature

Prise de position des parents

.....

Nom Date & Signature

Justification du médecin du club ou du médecin de famille

.....

Nom Date & Signature

☐ En l'absence de visite médicale réalisée préalablement à l'inscription, j'atteste que mon enfant est en bonne santé et apte à participer aux entraînements et matchs. Je suis conscient(e) des risques liés à l'absence d'examen médical préalable.

Les parents ou représentants légaux en renonçant à la visite médicale restent seuls responsables de l'état de santé de leur enfant et des informations fournies. De ce fait, ils déchargent de toutes responsabilités Swiss Basketball, l'Association Régionale et le club dans lequel il évolue.

Nom Date & Signature

.....

DECISION

Association régionale

 AR : ☐ Accepte le surclassement
☐ N'accepte pas le surclassement

Date

Signature

Motif :

 Swiss Basketball : ☐ Accepte le surclassement

☐ N'accepte pas le surclassement, car

Date Signature

Une copie de la décision est envoyée : au club, à l'association régionale et à l'administration des licences
JUSTIFICATION
DECISION