



FORMULAIRE DE SURCLASSEMENT
A transmettre au responsable de championnat

1. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) agissant
en qualité de père - mère - tuteur, autorise mon enfant
né(e) le à jouer au VOLLEY-BALL en
surclassement durant la saison /

Fait à, le

SIGNATURE

2. CERTIFICAT MEDICAL

Le médecin soussigné, certifie que le/la jeune
jouant au club de est physiquement apte à
jouer au VOLLEY-BALL en surclassement durant la saison /

Fait à, le

Cachet du médecin