

Demande de surclassement de 2 cat. de jeu REGIONAL – U17

Joueur / Club

Coordonnées joueur

NomPrénom.....Date de naissance.....

Adresse.....Téléphone.....

No de licenceTaille.....Poids.....

Coordonnées club

Club.....

Demande établie par.....Téléphone.....

Equipes + championnats où le joueur évoluerait

.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE

Arguments du club:

Nom:

Date & Signature:

Prise de position des parents:

Nom:

Date & Signature:

Prise de position du médecin de club ou de famille:

Nom :

Date & Signature:

DECISION

Association régionale: OUI NON

AR :

Date & Signature:

Justification:

Swiss Basketball: OUI NON

Date & Signature:

Justification: