

DEMANDE DE DEROGATION

A compléter en **MAJUSCULES** ou en **caractères d'imprimerie**

Les renseignements demandés et accompagnés du signe * doivent obligatoirement être indiqués sous peine de nullité de la demande.

Je soussigné,

NOM :

Prénom :

Adresse postale * :

Adresse mail :@.....

Responsable légal du joueur – de la joueuse (*barrer la mention inutile*) :

NOM * : Prénom * :

Date de naissance * :/...../.....

A remplir par le correspondant qualifié du club dans lequel évolue le joueur

N° d'affiliation du joueur * : N° de matricule du club * :

demande l'autorisation pour ce joueur – cette joueuse (*barrer la mention inutile*) d'évoluer, durant la saison 201..... – 202....., dans une catégorie d'âge inférieure à celle qui correspond à son année de naissance.

J'atteste avoir pris connaissance de la réglementation relative aux dérogations pour motifs médicaux, applicable au niveau des clubs de l'ACFF et je joins à cette demande un rapport médical complet et détaillé établi par un médecin spécialisé dans le domaine médical correspondant au motif médical de cette demande.

Date :

Signature du responsable légal du joueur

Signature du correspondant qualifié

Ce document doit être envoyé, par voie postale, au médecin pédiatre désigné par l'ACFF pour le traitement des demandes :

Docteur Pierre DEVOS
C.P. de Liège,
Business Center – 1, Rue Cahorday 4671 SAIVE