

# CERTIFICAT MEDICAL DE SURCLASSEMENT

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_,

Certifie avoir examiné \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ et l'autorise à pratiquer le handball, dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure :

Moins de 13 ans  Moins de 15 ans  Moins de 18 ans  Seniors

le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Cachet du Médecin

Signature du Médecin

Les parents/représentant légal : Mr / Mme \_\_\_\_\_

& Le club de \_\_\_\_\_

après avis du Docteur \_\_\_\_\_

demande l'autorisation de faire évoluer le joueur/La joueuse :

Licencié(e) sous le numéro 60 16 \_\_\_\_\_

Dans l'équipe **départementale**  - 13 ans  - 15 ans  - 18 ans  Seniors du club

Le ___ / ___ / _____	Parents / représentant légal	Club
Nom, prénom		
Signature		



A retourner : à CD16HB  
34 bis rue de Saintes  
16000 ANGOULEME  
6016000@ffhandball.net  
05.45.95.15.08

La Commission d'Organisation des Compétitions  
et le Bureau Directeur du Comité Charente Handball,

Autorise  N'autorise pas

Cette demande de surclassement à partir du \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_  
pour la saison 2019x2020

**Christophe DORBE**  
Président COC CD16

**Dr Fethy BENSAAD**  
Médecine du sport

05.45.78.78.04 (sur rendez-vous)

**Centre Hospitalier**

Route de Saint Bonnet  
BP 50031

16300 BARBEZIEUX ST HILAIRE

## CERTIFICAT MEDICAL DE SURCLASSEMENT

Je soussigné Docteur BENSAAD Fethy,

Docteur en Médecine du Sport, au Centre Hospitalier de Barbezieux-St Hilaire

Certifie avoir examiné \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ et l'autorise à pratiquer le handball, dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure :

Moins de 13 ans  Moins de 15 ans  Moins de 18 ans  Seniors

Barbezieux St Hilaire, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet du Médecin

Signature du Médecin

Les parents/représentant légal : Mr / Mme \_\_\_\_\_

& Le club de \_\_\_\_\_

après avis du Docteur BENSAAD Fethy, demande l'autorisation de faire évoluer le joueur/La joueuse : \_\_\_\_\_

Licencié(e) sous le numéro 60 16 \_\_\_\_\_

Dans l'équipe départementale  - 13 ans  - 15 ans  - 18 ans  Seniors du club

Le ___ / ___ / _____	Parents / représentant légal	Club
Nom, prénom		
Signature		



A retourner : à CD16HB  
34 bis rue de Saintes  
16000 ANGOULEME  
6016000@ffhandball.net  
05.45.95.15.08

La Commission d'Organisation des Compétitions  
et le Bureau Directeur du Comité Charente Handball,

Autorise  N'autorise pas

Cette demande de surclassement à partir du \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_  
pour la saison 2019 x2020

**Christophe DORBE**  
Président COC CD16