



# PARTICIPATION AUX TOURNOIS INDIVIDUELS JEUNES ET SENIORS POUR LES JOUEURS DE 11-12 ANS

## AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné (e) Dr ....., certifie avoir examiné ce jour le .....

- Le / la jeune .....
- Né (e) le .....
- Bénéficiant du classement .....

Et avoir constaté que son état de santé l'autorise à participer au cours de l'année sportive ..... à 12 tournois individuels Seniors et Jeunes (au maximum 6 tournois Seniors).

FAIT A .....	<u>SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN</u>
LE .....	

Tournoi Seniors	Tournoi Seniors	Tournoi Jeunes	Tournoi Jeunes
Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A
Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A
Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A	Lieu: Date: Nombre de matchs: Nom et signature du J.A

- Ce document doit être présenté est visé par le juge-arbitre à chaque tournoi
- Ce document doit être adressé à la Direction Technique à la fin des tournois

**SIGNATURE DE LA DTN**