

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 * :/...../.....

N° d'affiliation à l'U.R.B.S.F.A. * :

N° de matricule du club dans lequel évolue ce joueur ou cette joueuse * :

(*en cas de transfert, indiquer le n° de matricule du club dans lequel le joueur est transféré*)

demande l'autorisation pour ce joueur – cette joueuse (*barrer la mention inutile*) d'évoluer, durant la saison 201..... – 201....., 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

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,
Chaussée de Tongres, 66
4000 LIEGE