



**SOCCER  
QUÉBEC**

## FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE - PARENTALE

### INFORMATION DU JOUEUR

Nom :

Prénom :

DDN :

# membre ID :  Club :

### AUTORISATION PARENTALE

Je \_\_\_\_\_ autorise le joueur/joueuse, de catégorie \_\_\_\_\_ à s'affilier avec l'équipe \_\_\_\_\_ de catégorie d'âge \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Signature obligatoire du parent

\_\_\_\_\_  
Date

### AUTORISATION MÉDICALE

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin

*Estampe du médecin*

Vous pouvez également joindre un billet du médecin.

L'autorisation est donnée au joueur / joueuse de catégorie d'âge \_\_\_\_\_ de s'affilier avec l'équipe de catégorie d'âge \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

Date

### Extrait article 5.2 des règles de fonctionnement

Le double surclassement signifie l'affiliation d'un joueur dans trois (3) ou quatre (4) catégories supérieures à la sienne. Il ne peut être accordé que pour un joueur de U10 à U16. L'ARS pourra accorder le double surclassement sur réception des documents suivants : formulaire de demande de surclassement, autorisation parentale et autorisation médicale à l'effet que le joueur n'encourt aucun danger supplémentaire pour sa santé ainsi que le formulaire d'affiliation.