

DEMANDE DE DEROGATION MEDICALE

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

Toutes les rubriques surlignées en gris doivent être obligatoirement complétées et le document signé à la fois par le représentant légal et par le correspondant qualifié 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 :/...../.....

À compléter par le correspondant qualifié du club dans lequel évolue le joueur

N° de matricule du club : Nom du club :

N° d'affiliation du joueur :

demande l'autorisation pour ce joueur – cette joueuse (*barrer la mention inutile*) d'évoluer, durant la saison 2017-2018, dans une catégorie d'âge inférieure à celle qui correspond à son année de naissance.

Le responsable légal atteste avoir pris connaissance de la réglementation relative aux dérogations pour motifs médicaux, applicable au niveau des clubs de l'ACFF et joint 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

Nom et prénom du correspondant qualifié :

Adresse mail du correspondant qualifié :

Le correspondant-qualifié doit envoyer ce document et le rapport médical par voie postale au médecin pédiatre désigné par l'ACFF pour le traitement des demandes à l'adresse suivante :

**A.C.F.F. - Secrétariat provincial de Liège
À l'attention du Docteur Pierre DEVOS
Chaussée de Tongres, 66
4000 LIEGE**