

## Demande de surclassement de 2 cat. de jeu REGIONAL – U17

**Joueur / Club**

**Coordonnées joueur**

Nom .....Prénom.....Date de naissance.....

Adresse.....Téléphone.....

No de licence .....Taille.....Poids.....

**Coordonnées club**

Club.....

Demande établie par.....Téléphone.....

Equipes + championnats où le joueur évoluerait

.....  
 .....

**MOTIVATION DE LA DEMANDE**

Arguments du club:

Nom:

Date & Signature:

Prise de position des parents:

Nom:

Date & Signature:

Prise de position du médecin de club ou de famille:

Nom :

Date & Signature:

**DECISION**

Association régionale: OUI  NON

AR :

Date & Signature:

Justification:

Swiss Basketball: OUI  NON

Date & Signature:

Justification: