

JOUEUR/CLUB
Coordonnées du joueur

Nom Prénom Date de Naissance.....

Adresse Téléphone

Nr de Licence Taille Poids.....

Coordonnées du club

Club

Personne de contact Téléphone.....

Equipes + championnats dans lesquels le joueur souhaite évoluer

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE DE SURCLASSEMENT
Justification de la part du club/coach :

.....

Nom Date

..... Signature

A remplir par le médecin

Visite médicale :

.....

Nom Date

Signature

DECISION : À COMPLETER PAR SWISS BASKETBALL

 Test (PISTE) physique OUI
 NON

 Technique OUI
 NON

 Questionnaire OUI
 Swiss Olympic NON
(téléchargeable sur le site Swiss Basketball)

 Décision Swiss Basketball : OUI
 NON

Date & Signature.....

Motif :

JOUEUR / CLUB
JUSTIFICATION
DECISION