



# SOUS - CLASSEMENT

## DEMANDE DE DÉROGATION



Dans les conditions de l'article 74 des Règlements Généraux de la FFF ci-dessous :

### Article – 74

1. Les joueurs des catégories de Jeunes atteints d'une pathologie ne leur permettant pas d'évoluer normalement dans les compétitions de leur catégorie d'âge peuvent être autorisés à évoluer dans une compétition d'une catégorie d'âge inférieure à celle figurant sur leur licence, cette possibilité étant toutefois réservée aux compétitions régionales inférieures à la division supérieure de Ligue.

2. Cette autorisation est délivrée dans les conditions suivantes :

- elle doit être demandée par écrit à la Ligue régionale par un représentant légal du joueur uniquement,

- cette demande doit être accompagnée de l'avis du médecin spécialiste (pédiatre, généticien, rééducateur, endocrinologue...), justifiant de l'impossibilité pour l'enfant de jouer dans les compétitions de sa catégorie d'âge,

- le dossier est ensuite transmis, sous pli confidentiel, par le médecin fédéral régional au médecin fédéral national qui se prononce sur la délivrance ou non de la dérogation ainsi que sur la ou les catégories d'âges au sein desquelles le joueur concerné est autorisé à évoluer. Le cas échéant, le médecin fédéral national, ou un autre médecin désigné par ce dernier, peut réaliser lui-même une visite d'aptitude avant de se prononcer sur la délivrance de ladite dérogation.

3. Les autorisations prévues au présent article figurent sur la licence du joueur sous la mention « Autorisé à jouer en catégorie d'âge inférieure article 74 ».

**Cette dérogation ne peut être accordée qu'à titre exceptionnel, pour une durée d'un an.**

**Le Médecin Fédéral National sera amené à refuser tout dossier incomplet et/ou ne respectant pas les exigences demandées.**

**SAISON :**

**SECRET MEDICAL**

➔ **À compléter par le(la) responsable légal(e) du demandeur**

### CONCERNANT LE JOUEUR(SE) :

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : ..... N° de licence : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom du club : ..... N° d'affiliation : .....

Nom du club de la précédente saison : .....

Catégorie actuelle : ..... Catégorie demandée : .....

Motivation : .....

.....

.....

### CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL :

Père  Mère  Autre Précisez : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ..... Signature : .....

### Dossier à adresser

**SOUS PLI CONFIDENTIEL, à l'attention du Médecin Fédéral Régional de la Ligue de football concernée.**

Les données personnelles recueillies sur l'ensemble de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par la Ligue Régionale ou le District de Football aux fins de traitement des demandes de sous classement. Elles sont destinées au Médecin Régional de la Ligue ou du District de Football concerné(e). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la Ligue Régionale ou au District de Football concerné(e).



# SOUS - CLASSEMENT

## DEMANDE DE DÉROGATION

2

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : ..... Saison : .....

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Vous allez examiner un(e) jeune joueur(se) de football pour qui est demandée une dérogation afin qu'il(elle) puisse jouer dans la catégorie d'âge inférieure à sa catégorie d'âge officielle. Cette dérogation ne peut être accordée qu'à titre exceptionnel, pour une durée d'un an. Selon les recommandations impératives de la Commission Fédérale Médicale, cette visite nécessite le respect exhaustif du protocole établi au niveau national, selon l'article 74 des règlements généraux de la FFF. Le Médecin Fédéral National sera amené à refuser tout dossier incomplet et/ou ne respectant pas ces exigences. Avec nos remerciements pour votre aide, veuillez agréer l'assurance de notre meilleure considération sportive.

Le Médecin Fédéral National

### FICHE MEDICALE **CONFIDENTIELLE** / À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Né(e) le : .....	Taille : ..... (m/cm)	Poids : ..... (kg/g)
<b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>		
<b>ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX</b>		
<b>ALLERGIES ÉVENTUELLES</b>		
<b>DATE DU DERNIER RAPPEL ANTITÉTANIQUE</b>		
<b>TRAITEMENT EN COURS</b>		
<b>TYPE DE HANDICAP</b>		
<b>REMARQUES EVENTUELLES</b>		
<b>JUSTIFICATION MÉDICALE DE LA DÉROGATION</b> <i>(Joindre obligatoirement les comptes rendus médicaux spécialisés, chirurgicaux et d'hospitalisation)</i>		
<b>Avis motivé du médecin traitant et/ou du médecin spécialiste</b>		

Date :

Signature et cachet :