



Hockey Abitibi-Témiscamingue inc.
113 Boulevard Mercier
Amos (Québec)
J9T 2P2
Tél : 819.727.2535
Fax : 819.727.4405
Courriel : info@hockeyat.ca

**FORMULAIRE DE DEMANDE
DE SOUS-CLASSEMENT OU
SURCLASSEMENT D'UNE ÉQUIPE**
(Règlement 4.6)

1) Informations sur l'AHM / L'équipe

A.H.M. :

NOM DE L'ÉQUIPE :

DIVISION :

TÉLÉPHONE :

2) Types de demande

SURCLASSEMENT. :

ou

SOUS-CLASSEMENT. :

Division :

Classe :

Division :

Classe :

3) Justifiez votre demande?

4) Recommandation de l'A.H.M.

L'A.H.M. de _____ recommande le sous-classement ou le surclassement de l'équipe précitée ci-haut conformément au livre de règlements administratifs de Hockey Québec

Nom du président :

Signature :

Date :

5) Décision de Hockey Abitibi-Témiscamingue

La décision de la région est finale et sans appel. Hockey Abitibi-Témiscamingue se réserve le droit de modifier sa décision dans le cas où un sous-classement entraînerait un déséquilibre important.

Acceptée

Refusée

Commentaires :

Nom du représentant :

Signature :



Date :