



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 D'UN JOUEUR**
(Règlement 5.8.5)

1) Informations sur le joueur ou la joueuse

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE : DATE DE NAISSANCE :
VILLE : CODE POSTAL: TÉLÉPHONE :
AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, JE ME SUIS ENREGISTRÉ AVEC L'ÉQUIPE :
DIVISION : CLASSE : ASSOCIATION :

2) Pourquoi vous faites une demande de sous-classement?

3) Recommandation de l'Association de hockey mineur

L'association du hockey mineur de recommande le sous-classement du joueur(euse) identifié(e) ci-haut

Nom du président:

Signature: ✓

Date:

Signature du parent: ✓



4) Validation (Certificat médical)

En vertu de l'article 5.8.5 du livre de règlements administratifs de Hockey Québec qui spécifie que :

« Au hockey simple lettre, une région peut exceptionnellement autoriser un joueur à évoluer dans une division inférieure **suite à une évaluation** en fonction de ses habiletés **techniques ou d'un handicap physique mettant son intégrité physique en danger. Dans ce cas, un certificat médical est nécessaire.** »

J'affirme que le joueur (euse) identifié(e) au point 1 devrait être sous-classé(e) pour le(s) motif(s) suivant(s) :

Nom du médecin :

No de permis :

Signature :

Date :

5. Décision de Hockey Abitibi-Témiscamingue

5.1 Si la permission était accordée, ce serait pour la saison en cours seulement

5.2 La décision de la régie est finale

Acceptée

Avec restriction

Sans restriction

Refusée

Nom du représentant

Date:

Signature :

