



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
SURCLASSEMENT D'UN JOUEUR
(Règlement 5.4. et 6.5.1)**

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 surclassement?

3) Recommandation de l'Association de hockey mineur

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

Nom du président:

Signature: ✓

Date:

Signature du parent: ✓

GÉNÉRALITÉS

1. Un surclassement, dans le simple lettre, divisions atome à midget, demande uniquement à compléter la page 1 de ce formulaire.
2. S'il s'agit d'un joueur (euse) désirant évoluer dans les divisions novice ou atome, l'annexe 1 doit être complétée.
3. Pour les joueurs (euses) désirant être surclassé(e)s dans une équipe de la Structure intégrée des Forestiers d'Amos, veuillez vous référer au directeur organisationnel Serge Trépanier, au 819-444-8644, pour la procédure à suivre.
4. Un joueur surclassé devra évoluer sur les deux (2) premiers trios de l'équipe ou parmi les trois (3) premiers défenseurs.
5. Dans tous les cas, un gardien de but surclassé doit être utilisé dans un minimum de 45% du temps total des matchs de la saison régulière. Hockey Abitibi-Témiscamingue se réserve le droit de prendre des sanctions envers l'entraîneur-chef qui ne respecterait pas cette directive.

Annexe 1

Divisions pré-novice / novice

1. Joueur :

Je demande d'être surclassé dans la division _____ pour la saison

Nous avons procédé à une évaluation objective du joueur ci-haut mentionné et recommandons son surclassement

2. Responsable initiation de l'association de

Nom :

Date :

Signature : ✓

3. Superviseur initiation du territoire

Nom :

Date :

Signature : ✓

4. Approbation de l'entraîneur-chef régional initiation

Nom :

Date :

Signature : ✓