

DEMANDE DE DEROGATION

Joueur - Joueuse :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSULTE

Date de l'examen :/...../201.... Taille (en cm) :

Poids (en kg) :

Motif et justification de la demande de dérogation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du médecin

Cachet

Document à renvoyer sous enveloppe fermée avec la mention «SECRET MEDICAL»

à : **Docteur Pierre DEVOS**

Pédiatrie
Médecin coordinateur de la cellule médicale de l'ACFF

Comité provincial de Liège
Chaussée de Tongres, 66
4000 LIEGE