

**Les informations suivantes doivent être complétées par le joueur / la joueuse / par le club**

Nom et Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse, lieu .....

Téléphone .....

Taille et Poids .....

Club .....

Équipes et championnats  
où le joueur / la joueuse évoluerait.....

Arguments du club.....

.....

Prise position des parents .....

.....

**Date et signatures**

Joueur/Joueuse

Parents du joueur / de la joueuse

Responsable du club

**1ère prise position du médecin de sport**Questionnaire Swiss Olympic rempli ECG Prise de sang si suspicion de carence Courbe de taille / poids à surveiller 

Date, signature, sceau du médecin

**Viste médicale de contrôle après 4 mois (effectué par le même médecin)**

Le médecin soussigné valide la première visite pour une durée supplémentaire de 4 mois.

Date, signature, sceau du médecin

**Préavis de l'Association régionale**

---

 favorable non-favorable

Justification .....

.....

.....

.....

Date et Signature AR

**Décision Swiss Basketball**

---

Selon les informations ci-dessus, Swiss Basketball

- Refuse la demande de dérogation pour la catégorie mentionnée sur ce formulaire
- Accorde la demande de dérogation pour la catégorie mentionnée sur ce formulaire.

Conditions supplémentaires :  
Voir directive des licences, art. 2.2

.....

Date et Signature Swiss Basketball