



Club de Soccer des Rivières de Québec (www.csrq.qc.ca)

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DE JOUEUR

Date de la demande: _____

Saison: Été Automne-Hiver Année: _____

Nom du joueur: _____ Date de naissance: _____ Sexe: M F

Joueur inscrit au camp de mise en forme : Oui Non

Surclassement demandé de la catégorie: _____ à la catégorie: _____

Catégories:

U4	U8	U12	U16
U5	U9	U13	U17
U6	U10	U14	U18
U7	U11	U15	Senior

Raison(s) de la demande de surclassement:

Signature du parent : _____

Demande évaluée par: _____ Date: _____

Fonction: _____

Décision au sujet de la demande: Acceptée Refusée

Si la demande est refusée, raison(s) du refus

Copie remise au parent Oui Non