



FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN OU PLUSIEURS CAS COVID AUPRÈS DE LA COMMISSION SPORTIVE POUR LES COMPÉTITIONS AMATEURS

DOCUMENT À ADRESSER À LA SPORTIVE GESTIONNAIRE DE LA COMPÉTITION

Je soussigné _____

Président(e) du club de _____

Numéro du club : _____

Atteste par la présente avoir _____ joueur(s) ou joueuse(s) positif(s) au test RT / PCR

Nombre de cas contact avérés identifiés par la CPAM du joueur testé positif au sein de l'équipe concernée : _____

Date du TEST RT/PCR : _____

Date du dernier entraînement ou match du joueur positif : _____

Ces licencié(e)s appartiennent à l'équipe qui évolue en Championnat * :

National / Régional / Territorial / Départemental (* Rayer les mentions inutiles)

Dans la catégorie : _____

De sexe * : Masculin / Féminin (* Rayer la mention inutile)

Niveau de jeu : _____ N° de poule : _____

Les résultats des tests RT / PCR ont été transmis ou seront transmis le _____ à la Commission médicale gestionnaire de la compétition sur niveau national adresse mail : covid.medical@ffhandball.net

Niveaux régional et départemental adresse mail : 7chiffresdelaligue.covid.medical@ffhandball.net (par exemple pour la ligue IDF : 5800000.covid.medical@ffhandball.net)

Document réalisé à _____, le _____

Signature du déclarant

AVIS COMMISSION MÉDICALE :

DÉCISION COC :