**Formulaire de demande de report de match pour raison sanitaire COVID A TRANSMETTRE auprès de la commission sportive pour les compétitions amateurs REGIONALES & TERRITORIALES**

***FORMULAIRE DECLARATION***

***SITUATION COVID PAR MATCH***

****DOCUMENT A ADRESSER A LA SPORTIVE GESTIONNAIRE DE LA COMPETITION****

Je soussigné(e)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Président(e) du club deCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro du club :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sollicite le report pour raison sanitaire COVID du match : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Equipe qui évolue en championnat\* : Régional[ ]  / Territorial [ ] / Départemental [ ]  (\* case à cocher en fonction du niveau de jeu)

Niveau de jeu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. de Sexe\* : Masculin [ ] / Féminin [ ]  (\* case à cocher en fonction du sexe)

N° de poule : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Programmé le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

En effet, j’atteste par la présente avoir au sein de l’équipe concernée :

 ⮊ Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Joueur(s) ou joueuse(s) positif(s) au test RT/PCR

 ⮊ Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Joueur(s) ou joueuse(s) cas contact avéré(s) (définis et reconnus par l’ARS)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Type de cas (PCR+ / Contact) | Date de qualification du cas | Origine du contact | Arrêt de travail ou éviction scolaire ? |
| Joueur / Joueuse 1 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Joueur / Joueuse 2 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Joueur / Joueuse 3  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Joueur / Joueuse 4 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |

Nombre total de joueurs ou joueuses du club dans la catégorie concernée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Les tests RT/PCR + ont été transmis ou seront transmis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. à la commission médicale territoriale des Pays de la Loire via l’adresse mail : 6200000.covid.medical@ffhandball.net.

Document réalisé à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.



Signature du déclarant :

***DECISION COC :*** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pour être valide, votre demande de report pour raison sanitaire COVID doit être en lien avec la présence au sein d’une même équipe d’un cas de PCR+ (résultat transmis au médecin territorial à l’adresse 6200000.covid.medical@ffhandball.net) ***et/ou*** au moins 2 cas contact avérés reconnus par les autorités sanitaires. Seules les demandes valides seront instruites par la COC. A l’issue de l’instruction par la COC, le report sera accordé ou refusé : la validité de la demande n’entraine pas automatiquement le report. Il pourra être effectué rétroactivement une demande de report (***cas d’urgence*** : annulation de match « à la dernière minute ») qui sera instruite selon les mêmes modalités.