



FORMULAIRE DECLARATION SITUATION COVID **PAR MATCH**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPORT DE MATCH POUR RAISON SANITAIRE COVID A
TRANSMETTRE A 6200000.coc@ffhandball.net et en copie 6200000.covid.medical@ffhandball.net.

DOCUMENT A COMPLETER

Je soussigné(e)

Président(e) du club de

Numéro du club :

Sollicite le report pour raison sanitaire COVID du match :

Equipe qui évolue en championnat* : Régional / Territorial

Rang de jeu : de Sexe* : Masculin / Féminin

Programmé le :

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

- 2 (au moins) cas positifs COVID sur 7 jours glissants

	Nom et Prénom	Date de Positivité	Origine du contact
Joueur / Joueuse 1			
Joueur / Joueuse 2			

Document réalisé à _____, le _____

Signature du déclarant :

DECISION COC :

Pour être valide, votre demande de report pour raison sanitaire COVID doit respecter le critère des 2 cas positifs au moins, dans un même effectif sur 7 jour glissant.

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'entraîne 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.



Ligue de Handball des Pays de la Loire

2 Rue Gynemer – 49500 Segré en Anjou bleu

Tél : 02.41.26.26.26

@ : contact@handball-paysdelaloire.fr – Site : www.handball-paysdelaloire.fr

N° Siret : 316.316.678.000.36 – N° APE : 9312 Z