



## 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 / Départemental

Dans la catégorie : \_\_\_\_\_

De sexe : Masculin / Féminin

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](mailto:covid.medical@ffhandball.net)

Niveaux régional et départemental adresse mail : [7chiffresdelaligue.covid.medical@ffhandball.net](mailto:7chiffresdelaligue.covid.medical@ffhandball.net)

(par exemple pour la ligue IDF : [5800000.covid.medical@ffhandball.net](mailto:5800000.covid.medical@ffhandball.net))

Document réalisé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du déclarant

**AVIS COMMISSION MÉDICALE :**

**DÉCISION COC :**