

FORMULAIRE DEMANDE DE REPORT DE RENCONTRE

Club _____

Catégorie de l'équipe _____

Equipe n° _____ Poule _____ Division _____

Nombre de cas positifs avérés détectés au sein de l'équipe (inscrits sur la liste déclarée en amont) : _____

Date du/des courriers/mails de l'ARS validant le(s) cas contact : _____

Rencontre concernée par la demande de report :

N°	Date	Numéro	Equipe adverse
1			
2			
3			
4			

Date : _____ Responsable ou entraîneur : _____

Signature :

Ce formulaire est à envoyer au groupe sanitaire du Comité : covid19@basketyvelines.com.**IMPORTANT** : Justificatifs (tests positifs, correspondances ARS ...) à envoyer à la Commission Médicale : commission.medicale@basketyvelines.com.