



## FORMULAIRE DECLARATION SITUATION COVID **PAR MATCH**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPORT DE MATCH POUR RAISON SANITAIRE COVID  
A TRANSMETTRE A [6244000@ffhandball.net](mailto:6244000@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 Départemental en :.....

Niveau de jeu :..... :

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 jours glissants.

Seules les demandes complètes seront étudiées par la COC 44 (déclaration COVID Comité + 2 tests positifs)