FORMULAIRE

**DEMANDE DE REPORT DE RENCONTRE**

Saison 2020-2021

|  |
| --- |
| **Nom de l’équipe renseigné dans FBI et/ou de la CTC** |
|  |
| *N° informatique de l’association sportive* | **G** | **E** | **S** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétition** | *Championnat* | *Poule* |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de cas positifs avérés détectés au sein de l’équipe (inscrits sur la liste déclarée en amont)** |  |
| *Date du/des test(s) positif(s)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de cas contact nécessitant un isolement (validation ARS) 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** |
| *Date de la rencontre* | *N° de la rencontre* | *Nom de l’équipe adverse* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **La présente demande de report de rencontre a été complétée par** |
| *Nom et prénom* | *Fonction* | *Date de la demande* |
|  |  |  |

**IMPORTANT :**

1/ La présente demande de report de rencontre doit être adressée au Secrétariat de la Ligue à l’adresse : **secretariat@grandestbasketball.org**

2/ Les Justificatifs (résultats tests PCR, correspondances ARS, etc.) sont à adresser à la Commission Médicale de la Ligue Grand Est :**medicale@grandestbasketball.org**