**Demande d’équivalence arbitrage**

**Arbitre départemental**

**Dossier à déposer avant le : 15 octobre de la saison en cours**

 L’objectif de la validation est de ***Favoriser les entrées en formation***

|  |  |
| --- | --- |
| **NIVEAU ARBITRE DEPARTEMENTAL** | **Le Demandeur et son club** |
|  |  |
| **Pré requis** | - Etre licencié dans un club de Handball- Justifier 2 saisons en Championnat Régional en qualité de joueur ou entraîneur au cours des 5 dernières annéesOu- Justifier 3 saisons en Championnat Pré-régional en qualité de joueur ou entraîneur au cours des 5 dernières années |
| **Pièces à Joindre** | * Fiche de demande d’équivalence arbitrage (page 1 et 2)
* Attestation du président du club (page 3)
* Une lettre de motivation
* Une lettre qui récapitule le parcours en qualité de joueur et/ou entraîneur (saisons, équipes, résultats…)
* Photocopie de la licence FFHB
* 1 photo d’identité
* Droit de formation : 210€
 |
| **Délibération** | - Après avoir obtenu 3 suivis dont 2 favorables, auprès de la CDA- Après la validation des tests (écrit et physique)- Et après avoir sifflé au moins 10 fois au niveau départemental dans la saison. - La cellule d’arbitrage du comité 86 valide la demande d’équivalence d’arbitre Départemental. - Ces droits de formation n’engagent pas nécessairement une validation à l’issue du parcours. |
| **Validité** | - La validité du dossier n’excèdera pas la saison en cours. - Le grade est conservé tous les ans. Cependant pour arbitrer au niveau départemental, il faudra effectuer le stage de début de saison (tests) tous les ans, et participer aux formations obligatoires. |

Je soussigné (nom et prénom du demandeur) ……………………………………………………………………………. avoir pris connaissance de la démarche de la demande d’équivalence Arbitre Départemental.

Je soussigné (nom et prénom du Président du Club) ……………………………………………………………………., avoir pris connaissance de la procédure et de l’engagement financier concernant la demande d’équivalence Arbitre Départemental.

Date : ………………………………………

Signature du demandeur Signature du Président Cachet du Club

**DEMANDE EQUIVALENCE ARBITRE DEPARTEMENTAL**

NOM : .............................................................…….. PRENOM : ................................................……………

ADRESSE : ..........................................................................................................................................…………………………

VILLE : ............................................................…….. CP : ........................................

TELEPHONE : ........................................................... E-MAIL : …………………………………………..…………

CLUB :......................................................................

**Je souhaite arbitrer en :**

[ ] Solo

[ ] Binôme : (nom et prénom du partenaire)…………………………………………………………

**Parcours :**

 Saison Club Niveau de jeu Pré régional (Dép) Niveau de jeu Régional Niveau de jeu National

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Saison** | **Club** | **Niveau de jeu** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Pièces à fournir*** |  |
| Fiche de demande d’équivalence (page 1et 2) |  |
| Attestation du président du club (page 3) |  |
| Une lettre de motivation |  |
| Un historique du parcours en qualité de joueur ou d’entraîneur (saison, résultats…) |  |
| Photocopie de la licence FFHB |  |
| 1 photo d’identité |  |
| Un chèque de 210€ à l’ordre du Comité 86 |  |

**DEMANDE EQUIVALENCE ARBITRE DEPARTEMENTAL**

**ATTESTATION PRESIDENT DU CLUB**

Je soussigné(e) ..............................................................................................…………………

Président(e) du club .........................................................................................………………

certifie que Mr, Mme, Melle : ...........................................................................………….

licencié(e) dans notre club sous le N° .....................................................................……….

Equipe(s) (joueur ou entraîneur):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Années** | **Club** | **Niveau de jeu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Fait à Le :***Signature et tampon (Président du club)*** | A remplir par le Comité (Commission Technique, COC et Arbitrage).Je soussigné, ...........................................................................................atteste que les renseignements figurant sur cette fiche sont exacts. Nom :Signature : |

***Remarques : autant d’attestation de Président que de clubs cités.***