**ATTESTATION JUSTIFIANT LA QUALITE DE SALARIE TITULAIRE DE LA SOCIETE OU DE L’ETABLISSEMENT**

**DONT DEPEND L’ASSOCIATION SPORTIVE**

***Rappel du règlement :***

|  |
| --- |
| *1.2-2-1 REGLEMENT GENERAL SPECIFIQUE DES EPREUVES FEDERALES AMATEURS PAR EQUIPES :*  *I-2-1/ LES EQUIPIERS DOIVENT*  *- être licenciés dans un club avec terrain ou dans l'A.S. d’entreprise qu'ils représentent.*  *Dans le cas où l’équipier est licencié dans un club avec terrain, il doit obligatoirement être rattaché à son A.S. d’entreprise.*  *Pour rappel, seuls les joueurs licenciés liens 1 et 2 d’un club avec terrain peuvent être rattachés à partir d’extranet.*  *Les licenciés indépendants ne sont en aucun cas autorisés à jouer les épreuves golf d’entreprise.*  *- être membres de l'association d’entreprise qu'ils ou elles représentent et être salariés titulaires\* de la société ou établissement dont dépend l'association d’entreprise au 1ER jour de l’épreuve.*  ***Sanction lorsqu’un joueur inéligible participe****: les résultats de l’équipe seront* ***annulés*** *et en Division, l’équipe est* ***rétrogradée*** *en division inférieure.*  *\*Règle générale : Le* ***salarié*** *membre des équipes* ***est soit titulaire d’une convention de pré-retraite, soit titulaire d’un contrat de travail prévoyant une activité*** *professionnelle au moins* ***800 heures par an*** *(équivalent à un mi-temps) dans le cadre d’un* ***contrat de travail dont la durée est supérieure ou égale à 18 mois****. Seule la Commission du Golf d’Entreprise de la ffgolf pourra accorder une dérogation à cette règle générale.* |

Partie à remplir par le capitaine ou président de l’AS :

NUMERO ET NOM DE L’AS : (………….) ……………………………………………………………..…………………………………………………

LIGUE : …………………………………………………………………………………………………………..

ASSOCIATION NATIONALE : OUI NON

**LISTE DES JOUEURS**

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

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

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

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

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

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

Partie à remplir par l’employeur :

Nom de la société : ………………………………….……………………………. Filiale de : ……….…………………..……………………………

Je soussigné ………………………………………………………….., en qualité de …….……………………………………….., certifie que les salariés listés ci-dessus sont bien **titulaire de leur poste**, qu’ils possèdent un contrat de travail dont la **durée est supérieure ou égale à 18 mois** et effectuent **au moins 800 Heures par an** ou sont titulaires d’une convention de pré retraite.

Date : …..… / …..… / 2017 à ……………………………………………. Cachet de l’entreprise et signature.

Signature du Capitaine :