

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 1<sup>ER</sup> 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 :