

**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'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, ou titulaire d'une convention pré-retraite ou administrateur de l'entreprise inscrit (ou reconnu) dans le kbis de la société ou associé dans l'entreprise avec une activité professionnelle dans cette société équivalente à un mi-temps.

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 : .....

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 : ..... / ..... / 2025 à .....

Cachet de l'entreprise et signature.

Signature du Capitaine :