

**SAISON 2020/2021****CERTIFICAT MÉDICAL****SURCLASSEMENT U19 1<sup>ère</sup> année**

Je soussigné(e).....,

Docteur en médecine, **qualifié en médecine du sport**,

- Certifie avoir examiné ce jour

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Licencié au club de : .....

- Certifie avoir pris connaissance du questionnaire et de l'avis de son médecin traitant,
- Certifie avoir pris connaissance de la procédure de surclassement des U19 1<sup>ère</sup> année en SÉNIOR  
(Disponible sur le site de la FFR13>MEDICAL>SURCLASSEMENT U19 1<sup>ère</sup> année)
- Certifie que son état de santé autorise son surclassement en catégorie SÉNIOR,

Certificat remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit,

Fait à .....

Le .....

TAMPON

SIGNATURE

**WWW.FFR13.FR**