

SAISON 2020/2021**CERTIFICAT MÉDICAL****SURCLASSEMENT U19 1^{ère} 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^{ère} année en SÉNIOR
(Disponible sur le site de la FFR13>MEDICAL>SURCLASSEMENT U19 1^{ère} 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**