

SAISON 2024/2025

CERTIFICAT MÉDICAL DE PRATIQUE

Je soussigné,

Docteur en médecine,

- Certifie avoir examiné ce jour

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Licencié FFR13, au club de :

- Certifie que son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive, et à la pratique du RUGBY À XIII en particulier
- Dans la catégorie suivante : *Une seule case cochée*

MASCULIN

- U5
- U7
- U9
- U11
- U13
- U15
- U17
- U19
- SÉNIOR
- Para Rugby XIII
- Autre (à préciser) :

FÉMININE

- U5 (Catégorie MIXTE)
- U7 (Catégorie MIXTE)
- U9 (Catégorie MIXTE)
- U11 (Catégorie MIXTE)
- U13 (Catégorie MIXTE)
- U15 (Catégorie MIXTE)
- U17
- JUNIOR
- SÉNIOR
- Para Rugby XIII
- Autre (à préciser) :

Certificat remis en main propre au représentant légal pour faire valoir ce que de droit,

Fait à Le

Tampon

Signature