



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

- U7
- U9
- U11
- U13
- U15
- U17
- U19
- SÉNIOR

FÉMININE

- U7 (Catégorie MIXTE)
- U9 (Catégorie MIXTE)
- U11 (Catégorie MIXTE)
- U13 (Catégorie MIXTE)
- U15 (Catégorie MIXTE)
- CADET/JUNIOR
- SÉNIOR

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

Fait à

Le

Tampon

Signature

