

CERTIFICAT MÉDICAL DE SURCLASSEMENT

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 que son état de santé autorise son surclassement en catégorie supérieure, en accord avec son représentant légal

Une seule case cochée

MASCULIN

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

(hors U19 1^{ère} année ; voir procédure FFR13)

FÉMININE

- De U7 à U9
- De U9 à U11
- De U11 à U13
- De U13 à U15
- De U15 à CADET/JUNIOR
- De CADET/JUNIOR à SÉNIOR

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

Fait à

Le

Tampon

Signature



WWW.FFR13.FR

