



AUTORISATION PARENTALE SURCLASSEMENT J1

Je soussigné

, représentant légal de

Nom :

Prénom :

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

N° de licence FFR13 :

Autorise son surclassement en catégorie Séniors ELITE,

Après avis de son médecin traitant, du médecin du sport, et de la commission médicale de la Fédération Française de Rugby à 13.

Fait à

Le

Signature du représentant légal,
Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »