

## AUTORISATION PARENTALE SURCLASSEMENT U19 1<sup>ère</sup> année

Je soussigné \_\_\_\_\_, représentant légal de

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : ... / ... / .....

N° de licence FFR13 :

Autorise son surclassement en catégorie SENIOR,

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* »