

CERTIFICAT MÉDICAL DE SURCLASSEMENT U19 1^{ère} année

Je soussigné,

Docteur en médecine, qualifié en médecine du sport,

- Certifie avoir examiné ce jour

NOM : Prénom : Date de naissance : ... / ... / ...

.

Licencié au club de :

- Certifie avoir pris connaissance du questionnaire et de l'avis de son médecin traitant,
- Certifie avoir pris connaissance de la procédure de surclassement des U19 1^{ère} année en SÉNIOR
(disponible sur le site de la FFR13>MEDICAL>SURCLASSEMENT U19 1^{ère} année)
- Certifie que son état de santé autorise son surclassement en catégorie SÉNIOR,

Certificat remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit,

Fait à

Le

Tampon

Signature