

**SAISON 2020/2021****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

**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

*(hors U19 1<sup>ère</sup> année ; voir procédure FFR13)*

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

Fait à .....

Le .....

TAMPON

SIGNATURE

