

## SAISON 2025/2026

### CERTIFICAT MÉDICAL DE PRATIQUE

Je soussigné, .....

Docteur en médecine,

- Certifie avoir examiné ce jour

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Licencié FFR13, au club de : .....

- Certifie que son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive, et à la pratique du RUGBY À XIII en compétition
- Dans la catégorie suivante : *Une seule case cochée*

#### MASCULIN

- ☐ U5
- ☐ U7
- ☐ U9
- ☐ U11
- ☐ U13
- ☐ U15
- ☐ U17
- ☐ U19
- ☐ SÉNIOR
- ☐ Para Rugby XIII
- ☐ Autre (à préciser) : .....

#### FÉMININE

- ☐ U5 (Catégorie MIXTE)
- ☐ U7 (Catégorie MIXTE)
- ☐ U9 (Catégorie MIXTE)
- ☐ U11 (Catégorie MIXTE)
- ☐ U13 (Catégorie MIXTE)
- ☐ U15 (Catégorie MIXTE)
- ☐ U17
- ☐ JUNIOR
- ☐ SÉNIOR
- ☐ Para Rugby XIII
- ☐ Autre (à préciser) : .....

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

Fait à ..... Le .....

Tampon

Signature