

SAISON 2026/2027

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

(hors U19 1^{ère} année ; voir procédure FFR13)

FÉMININE

- ☐ De U7 à U9
- ☐ De U9 à U11
- ☐ De U11 à U13
- ☐ De U13 à U15
- ☐ De U15 à CADETTE/JUNIOR
- ☐ De CADETTE/JUNIOR à SÉNIOR

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

Fait à Le

TAMPON

SIGNATURE