FFR

DEMANDE D'AUTORISATION A EVOLUER AU POSTE DE 1ère LIGNE

SAISON 20..... / 20.....

Demande effectuée par (*nom du Club*) **:** .....

Auprès de la Ligue : .....

Concernant le(la) joueur(se) : .....

Né(e) le : .....

Cadre réservé au joueur(se)

Je soussigné(e), ...
Demande à être autorisé(e) à jouer en 1ère ligne pour la saison en cours.
Date : ...../...../.....
Signature :

N.B : pour les mineurs, joindre autorisation parentale

Cadre réservé au médecin : CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Dr .....

atteste que .....
ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby en compétition au poste spécifique de 1ère ligne pour la saison en cours.

Date : ...../...../.....
Signature et cachet du médecin :

Poids du joueur :
Taille du joueur :

Cadre réservé au Comité Médical de la Ligue Régionale :

Au vu des éléments fournis au dossier, je soussigné(e), Dr .....
Président de la Commission médicale de la Ligue Régionale
☐ VALIDE ☐ REFUSE la présente demande

Date : ...../...../.....
Signature et cachet du médecin :