



# AUTORISATION PARENTALE FSR / SRV / SRU

Catégorie: \_\_\_\_\_

N°: -



# ATTESTATION MEDICALE FSR / SRV / SRU

Catégorie: \_\_\_\_\_

N°: -

Je soussigné : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA, Ville : \_\_\_\_\_

autorise mon/ma :

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né le: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Club: \_\_\_\_\_

Domicile: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné : \_\_\_\_\_ (médecin)

après avoir fait un examen médical complet de l'appareil locomoteur, et en examinant tout particulièrement la colonne vertébrale, déclare le joueur suivant:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né le: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Club: \_\_\_\_\_

Domicile: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

à pratiquer le rugby auprès du \_\_\_\_\_, et s'engage à respecter les statuts du club.

En cas de déplacement à l'étranger, j'autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale si nécessaire; j'autorise les dirigeants à demander l'admission en établissement de soins, à reprendre en charge le joueur après avoir rempli les formalités de sa sortie et à assurer le rapatriement éventuel dans sa famille.

Comme sportif, le joueur mineur pourra être soumis à des contrôles antidopage dont les conséquences financières seront supportées par le représentant légal.

**APTE** à pratiquer le rugby auprès du \_\_\_\_\_, sans **aucunes restrictions**.

Lieu et date:

Signature: (du représentant légal)

Lieu et date:

Timbre (du médecin), Signature: