

SAISON 2024/2025

AUTORISATION PARENTALE

SURCLASSEMENT U19 1^{ère} année ou U17 Féminines*

*Barrez la mention inutile

Je soussigné(e),

représentant légal de :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

N° de licence FFR13 :

Autorise son surclassement en catégorie SENIOR,

Après avis de son médecin traitant, du médecin du sport, et de la commission
médicale de la Fédération Française de Rugby à 13.

Fait à

Le

Signature du représentant légal,
Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »