

SAISON 2024/2025

CERTIFICAT MÉDICAL

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

*Barrez la mention inutile

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 avoir pris connaissance du questionnaire et de l'avis de son médecin traitant,
- Certifie avoir pris connaissance de la procédure de surclassement des U19 1^{ère} année en SÉNIOR ou U17 Féminines* (*barrez la mention inutiles)
- Certifie que son état de santé autorise son surclassement en catégorie SÉNIOR,

Certificat remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit,

Fait à Le

TAMPON

SIGNATURE