

## SAISON 2024/2025

### CERTIFICAT MÉDICAL

### SURCLASSEMENT U19 1<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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