

**Nom(s), prénom(s) du(des) représentant(s) légal (légaux) :**

**Adresse postale :**



**Adresse courriel :**

**Tél :**

FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY  
**COMITE MEDICAL / SECRETARIAT MEDICAL**  
3/5, RUE JEAN DE MONTAIGU  
91460 MARCOUSSIS

**LETTRE D'ENGAGEMENT (DU(DES) REPRESENTANT(S) LEGAL(LEGAUX))**  
**Demande de licence FFR avec port des Lunettes spéciales rugby homologuées par World Rugby**

**Je soussigné(e) / nous soussignons,\***

nom(s) et prénom(s) \_\_\_\_\_,

**père/mère/représentant(s) légal(légaux)\*, m'engage/nous engageons\*** à veiller que notre  
**fil(e)/fils\*** (nom et prénom) \_\_\_\_\_,

né(e)\* le \_\_\_\_\_ :

- dispose des « Lunettes spéciales rugby » homologuées par World Rugby ;
- porte ses Lunettes spéciales rugby en toutes circonstances de match et d'entraînement pour la saison en cours.

**\*(Veuillez SVP rayer les mentions inutiles, merci).**

**Date :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature(s) du(des) représentant(s) légal (légaux) :**