CERTIFICAT MEDICAL

Demande de RECLASSEMENT

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant _____

Né(e) le _____

Et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente pour pratiquer le rugby en compétition dans la catégorie immédiatement ☐ **SUPERIEURE** / ☐ **INFERIEURE**

❖ Données médicales à renseigner obligatoirement **pour toutes demandes** :

TAILLE	
POIDS	
INDICE MASSE GRASSE	

❖ Données médicales à renseigner obligatoirement pour les **JOUEUSES sollicitant un sur-classement** :

DATE 1ère REGLES	
NOMBRE DE CYCLES dans les 12 derniers mois	
AMENORRHEE de plus de 3 mois	☐ OUI ☐ NON

❖ Données médicales à renseigner **dans le cadre d'un sous-classement** :

Raison médicale / Pathologie : *(si demande de sous-classement pour raison médicale)*

Fait à _____
Le _____
Cachet et signature du médecin (obligatoire) :