

CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE – LBFR – saison 2014/2015

PARTENA MUT



ethias



CLUB :

N° DE LICENCE

Coordonnées du membre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Rue : N°.....

Localité : Code Postal :

E-mail 1:

E-mail 2 :

GSM personnel:.....

GSM parents :

Pour mineur d'âge :

Accord Parental pour jouer au rugby : j'autorise mon enfant à jouer au rugby

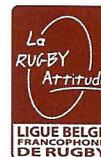
Accord Parental pour disputer des rencontres dans la catégorie directement au-dessus de celle mentionnée sur la licence (surclassement de mineur(e) d'âge): **OUI / NON** (biffer la mention inutile). *

Signature du Parent / tuteur légal : date :

Tous les renseignements communiqués sont destinés exclusivement au secrétariat de la ligue pour envoi du courrier. Vous pouvez avoir accès à vos données ou les faire rectifier le cas échéant. Vous pouvez exercer ce droit auprès du secrétariat de votre club. Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Partie réservée au Médecin :

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, certifié avoir examiné la personne reprise ci-dessus et qu'elle est apte à :



- pratiquer le rugby en tant que joueur/joueuse
- pratiquer le rugby en tant qu'arbitre

Pour joueur/joueuse et arbitre de plus de 40 ans :

- Présente un facteur de risque cardiovasculaire et dispose d'un avis cardiologique daté du (attention validité trois ans)
- Ne nécessite pas d'avis cardiologique

Pour mineur d'âge : j'autorise cette personne à disputer des rencontres dans la catégorie directement au-dessus de celle mentionnée sur la licence : **OUI / NON** (biffer la mention inutile) *

Fait le

Cachet

et signature du médecin

.....

* Valable uniquement pour deuxième année U19 et EdR (non compris U 16 pas de surclassement). **Féminine** 14 ou 16 ans selon division (voir règlement FBRB).