



**Demande d'autorisation à évoluer aux postes de 1<sup>ère</sup> ligne en cours de saison \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**(Document à utiliser à compter du 31 décembre 2016 et jusqu'à nouvel ordre)**

**Demande du CLUB de (nom) :** \_\_\_\_\_

**auprès de son COMITE TERRITORIAL (nom) :** \_\_\_\_\_

**Nom et Prénom du JOUEUR/JOUEUSE :** \_\_\_\_\_

**Né(e) le :** \_\_\_\_\_

**DEMANDE DU JOUEUR/DE LA JOUEUSE**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, demande à être autorisé(e) à jouer en 1<sup>ère</sup> ligne pour la saison en cours.

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

**Signature :**

**\* Pour les joueurs et joueuses mineurs, joindre le document complémentaire d'autorisation des parents ou du tuteur légal.**

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY**

Je soussigné(e), **Docteur** \_\_\_\_\_, atteste que \_\_\_\_\_ ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1<sup>ère</sup> ligne pour la saison en cours.

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

**Signature et cachet du médecin :**

**ATTENTION SVP :**

- Joindre obligatoirement la photocopie de votre carte de qualification (avec photo) de la saison en cours.

**CADRE RESERVE A LA COMMISSION MEDICALE TERRITORIALE**

Au vu des éléments fournis au dossier, je soussigné(e),  
Dr \_\_\_\_\_,  
président de la commission médicale territoriale

**Valide** OU  **Refuse** la présente demande (Cocher la case utile. Merci).

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

**Signature et cachet du médecin :**

**Une fois la demande validée par la commission médicale territoriale, une copie du dossier intégral est à envoyer pour information à :** M. le Président du Comité Médical FFR soit :

- par courriel à [secretariat.medical@ffr.fr](mailto:secretariat.medical@ffr.fr), soit

- par courrier postal à : FFR, Secrétariat Médical, 3/5, rue Jean de Montaignu, 91463 MARCOUSSIS cedex