

CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE

Saison 2024-2025



CLUB : CATEGORIE :

COORDONNEES DU MEMBRE (A COMPLETER ENTIEREMENT)

NOM : _____ Prénom _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____ Sexe : M F
Nationalité : _____
Rue : _____ N° _____
Localité : _____ CP : _____
GSM : _____ Email : _____
Père* GSM : _____ Email : _____
Mère* GSM : _____ Email : _____

* Obligatoire pour les moins de 18 ans.

POUR MEMBRES DES CAT U16 A VETERAN INCLUS

Je soussigné.e _____ certifie avoir pris connaissance
du règlement antidopage (www.dopage.cfwb.be)

Signature Joueur.se

POUR MINEUR D'AGE

- **Accord des Représentants Légaux pour jouer au rugby**, nous soussignés:
_____ et _____
autorisons le mineur à pratiquer le rugby.

Signature des Représentants Légaux →

- **Accord des Représentants Légaux pour surclassement, si 2ème année de sa catégorie uniquement¹**

OUI / NON (biffer la mention inutile) Signatures →

¹ **Féminine** : 14 ans en Challenge et 16 ans en division nationale (voir règlement FBRB).

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN :

Je soussigné.e, Dr _____, Docteur en
médecine, certifie :

- 1 – avoir pris connaissance du règlement antidopage au verso de ce document (www.dopage.cfwb.be)
- 2 – établir cette attestation médicale en conformité avec le Décret du Gouvernement de la Communauté française du 3 avril 2014 (voir note en 3^{ème} page)
- 3 – avoir examiné la personne reprise ci-dessus et ne pas avoir constaté ce jour de contre-indication et dès lors autorise :

- la pratique du rugby en tant que joueur/joueuse (et par défaut arbitre)
OUI / NON (biffer la mention inutile)
- la pratique du rugby en tant qu'arbitre uniquement
OUI / NON (biffer la mention inutile)

POUR JOUEUR/JOUEUSE ET ARBITRE DE PLUS DE 40 ANS :

- Je certifie avoir interrogé mon patient sur les risques cardiovasculaires et avoir demandé un avis cardiologique complémentaire s'il en présente plus d'un
OUI / NON (biffer la mention inutile)

POUR MINEUR D'AGE :

- j'autorise cette personne (si 2e année de sa catégorie) à disputer des rencontres dans la catégorie directement au-dessus de celle mentionnée sur la licence
OUI / NON (biffer la mention inutile)

Fait le (obligatoire) ____ / ____ / 2024

Cachet & signature du médecin (obligatoire)