



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel : La version originale de ce certificat est à remettre à l'association auprès de laquelle vous sollicitez une licence pour la saison 2024/2025. Une version scannée du certificat est à déposer sur le site www.ovale2.ffr.fr, au stade de l'étape 4 du formulaire dématérialisé de demande de licence

Note à l'attention des médecins :

L'annexe 1 du règlement médical disponible sur le site Internet de la FFR (Annexe XIV) liste les contre-indications à la pratique du rugby.

Je soussigné(e),

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

atteste que _____, né(e) le _____

ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby en compétition, <u>y compris aux postes de 1^{ère} ligne</u>
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby en compétition, <u>sauf aux postes de 1^{ère} ligne</u>
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby <u>avec plaquage adapté</u> , hors compétition (loisir)
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby <u>sans plaquage</u> (rugby à 5 et <i>beach</i> rugby), en compétition et hors compétition (loisir) : <input type="checkbox"/> <i>Beach Rugby</i> <input type="checkbox"/> Rugby à 5 – option « Loisir / Bien-être » <input type="checkbox"/> Rugby à 5 – option « Santé » (sport sur ordonnance)
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby éducatif (garçons de moins de 14 ans et filles de moins de 15 ans)
<input type="checkbox"/>	A la pratique de l'arbitrage en compétition
<input type="checkbox"/>	Pour encadrer (éducateur, entraîneur, préparateur physique)

N.B. : tout certificat médical établissant une absence de contre-indication à la pratique du rugby en compétition vaut établissement d'une absence de contre-indication à la pratique du rugby loisir, de l'arbitrage en compétition et pour entraîner.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Date : _____

Signature et cachet obligatoires du praticien :