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

Je soussigné(e), Docteur _____

atteste que (*NOM Prénom joueur(se)*) _____
né(e) le _____

ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

☐	A la pratique du rugby **en compétition**, y compris au poste de 1ère ligne
☐	A la pratique du rugby **en compétition**, sauf au poste de 1ère ligne
☐	A la pratique du rugby **avec plaquage adapté**, hors compétition (loisir)
☐	A la pratique du rugby **sans plaquage** (Rugby à 5, Beach Rugby) en compétition et hors compétition (loisir) : ☐ Rugby à 5 – option « Loisir/Bien-être » ☐ Rugby à 5 – option « Santé » (sport sur ordonnance) ☐ Beach Rugby
☐	A la pratique du **rugby éducatif** (*garçons de moins de 14 ans, et filles de moins de 15 ans*)
☐	A la pratique de **l'arbitrage en compétition**
☐	**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.

Date : _____

Signature et cachet obligatoires du praticien :

Note à l'attention du médecin :
Liste des contre-indications consultable sur le site FFR, dans l'Annexe XIV du règlement médical, voir Annexe 1 (page 9)