CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE – LBFR
Saison 2020-2021

CLUB : BRUSSELS CITIZENS RUGBY AUDERGHEM **CATEGORIE :** .....

COORDONNEES DU MEMBRE (A COMPLETER ENTIEREMENT A DES FINS DE MISE A JOUR DE TWIZZIT)

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Sexe : M ☐ F ☐ Nationalité : _____

Rue : _____N°___ Localité : _____CP : _____

GSM : _____ Email : _____
GSM (père)* : _____ Email (père)* : _____
GSM (mère)* : _____ Email (mère)* : _____

* Obligatoire pour les moins de 18 ans.

POUR MEMBRES DE CAT U16 À VETERAN INCLUS : Je soussigné _____, certifie avoir pris connaissance du règlement antidopage (www.dopage.cfwb.be)

POUR MINEUR D'ÂGE :
Accord Parental pour jouer au rugby : je soussigné : _____,

autorise mon enfant à pratiquer le rugby **Signature** →

Accord Parental pour disputer des rencontres dans la catégorie directement au-dessus de celle mentionnée sur la licence, **si 2ème année de sa catégorie uniquement** (surclassement de mineur(e) d'âge): **OUI / NON** (biffer la mention inutile).* **Signature**

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 via le secrétariat de votre club. 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 RESERVEE AU MEDECIN : (COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES EN BOUT DE LIGNE)

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 - avoir examiné la personne reprise ci-dessus et l'avoir trouvée apte à (cocher la ou les cases correspondantes) :

- ❖ 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 (cocher la case correspondante) :

- ❖ Je certifie avoir interrogé mon patient sur les risques cardiovasculaires et avoir demandé un avis cardiologique complémentaire s'il en présente plus d'un

Pour mineur d'âge : j'autorise cette personne (**si 2ème année de sa catégorie uniquement**) 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)
Cachet (obligatoire) **& signature du médecin (obligatoire)**

* ***Féminine*** *14 ans en Challenge et 16 ans en division nationale (voir règlement FBRB).*
Attention si votre patient prend des médicaments: VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PROCEDURE A SUIVRE– CADRE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE – www.lbfr.be rubrique règlements / statuts – voir aussi verso petite **note d'info à l'attention des sportifs.**

[redacted] Adeps [redacted] ethias [redacted]