

SAISON 2024/2025

AUTORISATION PARENTALE
DE SURCLASSEMENT

Je soussigné(e),

représentant légal de :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

N° de licence FFR13 :

Autorise son surclassement en catégorie supérieure,

Après avis du médecin du sport, dont le certificat est joint.

Fait à

Le

Signature du représentant légal,
Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »