



FEDERATION SUISSE DE RUGBY

Autorisation parentale de Surclassement

Je soussigné

NOM	Prénom
Adresse	

Consens que mon enfant

NOM	Prénom
Date de Naissance	Nationalité
Adresse	

PRATIQUE LE RUGBY ET RESPECTE LES STATUTS DE

CLUB	Saison 2018/2019
------	------------------

J'accepte expressément que mon enfant puisse jouer contre des équipes avec des joueurs plus âgés ou faire partie d'une équipe composée de joueurs plus âgés. J'accepte également les risques liés à une pratique avec joueurs plus forts et plus développés physiquement que mon enfant.

Validation

Fait à	Date	Signature
--------	------	-----------

A renvoyer au DTN : dtn@suisserugby.com