

**DEMANDE DE SOUS-CLASSEMENT
CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE – LBFR – Saison 2022-2023**



CLUB :

N° de MATRICULE

Coordonnées du membre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Rue : N°.....

Localité : CP :

E-mail parents* :

GSM parents* :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN :

Je soussigné(e), Docteur, Docteur en médecine, certifie avoir examiné aujourd'hui la personne reprise ci-dessus et avoir relevé les éléments suivants :

Poids : kg (Percentile =)

Taille : cm (Percentile =)

Mensurations reportées sur la courbe jointe.

BMI :

Autres raisons de demande de sous-classement pour raison médicale (avec rapports étayant la demande) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LIGUE BELGE

FRANCOPHONE

DE RUGBY

Fait le

Cachet (obligatoire)

Signature du médecin (obligatoire)

nom et prénoms : _____

Date de naissance : _____

âge (ans) : _____

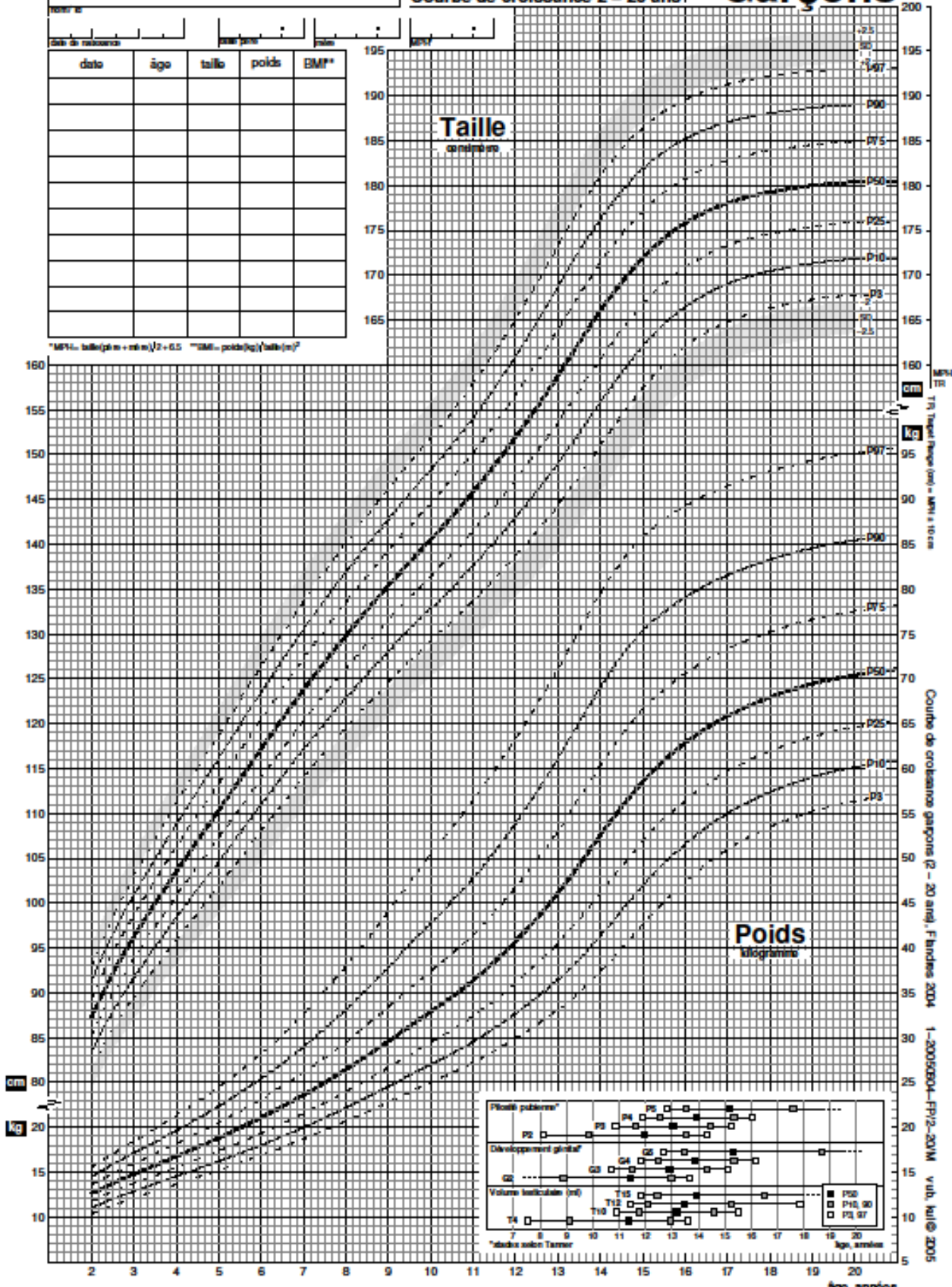
taille (cm) : _____

poids (kg) : _____

BMI* : _____

date	âge	taille	poids	BMI**

*BMI = $\frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)}^2}$ **BMI = $\frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)}^2}$



nom et prénoms _____

date de naissance _____

date	âge	taille	poids	BMF**

*BMF = $\frac{\text{taille(cm)} \times \text{taille(cm)}}{2} - 0,5$ **BMF = $\frac{\text{poids(kg)}}{\text{taille(cm)}^2}$

