

Nom, prénom du demandeur :

Adresse postale :

Adresse courriel :

Tél :



FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY
COMITE MEDICAL / SECRETARIAT MEDICAL
3/5, RUE JEAN DE MONTAIGU
91460 MARCOUSSIS

LETTRE D'ENGAGEMENT (DEMANDEUR majeur ou mineur)
Demande de licence FFR avec port de lunettes spéciales rugby homologuées par World Rugby

Je soussigné(e) (nom et prénom) _____,

né(e) le _____, **m'engage à me procurer les lunettes « spéciales rugby » homologuées par World Rugby et à les porter en toutes circonstances de match et d'entraînement** pour la saison en cours.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du demandeur :