



CERTIFICAT MEDICAL
D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO
Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS
POUR LA SAISON 20..../ 20....

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Je soussigné Docteur,

Certifie avoir examiné le :/...../ 20.....

NOM : Prénom :

L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente aucun signe de maladies contagieuses cliniquement décelables et peut être admis(e) en collectivité

Oui Non

L'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo et peut pratiquer en ENTRAINEMENT, en COMPETITION et en ANIMATION

Oui Non

Cachet du médecin obligatoire

Fait à :

Le :/...../ 20.....

Signature :