

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO

Pour l'ENTRAÎNEMENT, la COMPÉTITION et les ANIMATIONS POUR LA SAISON SPORTIVE

Judo J2A

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Je soussigné(e) Docteur

.....

Certifie avoir examiné ce jour le judoka :

NOM :

PRÉNOM :

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

Oui

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

Oui

Cachet du médecin obligatoire :

Fait à :

Date :

Signature :