

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO

Pour l'ENTRAINEMENT et la COMPETITION.

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Je soussigné(e)

Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour le judoka :

NOM :

PRENOM :

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

Oui ☐

Cachet du médecin obligatoire.

Fait à :

Date :

Signature :