

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO

Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS POUR LA SAISON SPORTIVE 2020/2021
ECOLE DE JUDO DES MINES

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour le judoka :

NOM :
PRENOM :
Né (e) le :

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 ENTRAINEMENT, en COMPETITION et en ANIMATION :

Oui ☐

Cachet du médecin obligatoire.

Fait à :

Date :

Signature :