



SAISON SPORTIVE

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE
POUR LA PRATIQUE DU JUDO**

*À faire remplir obligatoirement par le médecin et redonner au club.
Faire signer et tamponner le **passport sportif** pour les benjamins et +.*

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour : Madame, Mademoiselle, Monsieur :
(rayez les mentions inutiles)

NOM :

PRÉNOM :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du Judo, y compris en compétition.

Fait à le

SIGNATURE & CACHET du MÉDECIN OBLIGATOIRE