

CERTIFICAT MEDICAL**D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO**
Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS**POUR LA SAISON SPORTIVE****2017/2018****JUDO PARIS CENTRE**

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Photo
d'identité
à coller

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 ENTRAINEMENT, en
COMPETITION et en ANIMATION**Oui** Cachet du médecin obligatoire**06 81 97 22 44**

Fait à : Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL**D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO**
Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS**POUR LA SAISON SPORTIVE****2017/2018****JUDO PARIS CENTRE**

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Photo
d'identité
à coller

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 ENTRAINEMENT, en
COMPETITION et en ANIMATION**Oui** Cachet du médecin obligatoire**06 81 97 22 44**

Fait à : Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL**D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO**
Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS**POUR LA SAISON SPORTIVE****2017/2018****JUDO PARIS CENTRE**

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Photo
d'identité
à coller

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 ENTRAINEMENT, en
COMPETITION et en ANIMATION**Oui** Cachet du médecin obligatoire**06 81 97 22 44**

Fait à : Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL**D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO**
Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS**POUR LA SAISON SPORTIVE****2017/2018****JUDO PARIS CENTRE**

(A faire remplir obligatoirement par le médecin)

Photo
d'identité
à coller

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 ENTRAINEMENT, en
COMPETITION et en ANIMATION**Oui** Cachet du médecin obligatoire**06 81 97 22 44**

Fait à : Date :

Signature :