

CERTIFICAT MEDICAL
D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO
Pour l'ENTRAINEMENT, la COMPETITION et les ANIMATIONS
POUR LA SAISON SPORTIVE
2018/2019

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
2018/2019

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
2018/2019

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
2018/2019

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 :