



## CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE POUR LA PRATIQUE DU JUDO EN COMPÉTITION

Je soussigné(e) Docteur :.....

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

NOM: ..... PRÉNOM: .....

Son état de santé lui autorise la pratique du Judo

L'intéressé(e) ne présente aucune contre indication à la pratique du Judo en  
Compétition *(case à cocher obligatoirement pour pouvoir participer aux compétitions).*

FAIT à ..... DATE .....

SIGNATURE:

CACHET du MÉDECIN OBLIGATOIRE