

柔道

JUDO CLUB LAPUYADE



CERTIFICAT MEDICAL
D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU JUDO
Pour l'entraînement la compétition et les animations
POUR LA SAISON SPORTIVE 2013/2014

(A remplir obligatoirement par le médecin)

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

Non

L'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo et peut pratiquer en ENTRAINEMENT, COMPETITION et ANIMATION

Oui

Non

Cachet du médecin obligatoire

Fait à : _____ Le ___ / ___ / 2013

Signature :