



CERTIFICAT MEDICAL

SAISON 2020/2021

Date de l'examen (1)

Je soussigné Docteur

Certifie que le bénéficiaire identifié ci-dessous

- Ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo
- Est apte également à la pratique du judo en compétition (2)

Nom Prénom et date de naissance du bénéficiaire

.....
.....

Signature (1) et cachet (lisible en totalité)

(1) Obligatoire
(2) Rayer en cas de non-aptitude



CERTIFICAT MEDICAL

SAISON 2020/2021

Date de l'examen (1)

Je soussigné Docteur

Certifie que le bénéficiaire identifié ci-dessous

- Ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo
- Est apte également à la pratique du judo en compétition (2)

Nom Prénom et date de naissance du bénéficiaire

.....
.....

Signature (1) et cachet (lisible en totalité)

(1) Obligatoire
(2) Rayer en cas de non-aptitude