



# La Frette sur seine Judo

**SAISON SPORTIVE : 2024-2025**

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE  
POUR LA PRATIQUE DU  
JUDO pour les majeurs**

*À faire remplir obligatoirement par le médecin et redonner au club.*

Je soussigné(e) Docteur : .....

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

NOM : .....

PRÉNOM : .....

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique du Judo, y compris en compétition.**

Fait à ..... le .....

**SIGNATURE & CACHET du MÉDECIN OBLIGATOIRE**