



La Frette sur seine Judo

SAISON SPORTIVE : 2024-2025

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

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