

Judo Club de SPAY



Fédération Française de Judo, Ju-jitsu, Kendo et Disciplines Associées

CERTIFICAT MEDICAL
De non Contre-indication à la pratique sportive

Je soussigné(e), Docteur _____,

certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

et n'avoir constaté **aucun signe clinique apparent de contre-indication** à la pratique de la ou des activités suivantes :

- ☐ Du baby-judo
- ☐ Du Judo loisir
- ☐ Du judo en compétition
- ☐ Du Ju-jitsu loisir
- ☐ Du Ju-jitsu en compétition
- ☐ De l'auto-défense
- ☐ Du Taïso

Le présent certificat est établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du médecin :

Cachet du médecin :