

CERTIFICAT MEDICAL

(Partie à conserver par le Judo club du Perreux)

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné,

M., Mme, Mlle ou l'enfant.....
(nom- prénom)

né(e) le.....

et avoir constaté, à ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition.

A.....
(lieu)

Le.....
(date)

Signature et tampon du médecin (avec n° d'ordre des médecins)
obligatoire pour valider le certificat médical.

CERTIFICAT MEDICAL

(Partie à mettre dans le passeport sportif de l'adhérent)

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie avoir examiné,

M., Mme, Mlle ou l'enfant.....
(nom- prénom)

né(e) le.....

et avoir constaté, à ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition.

A.....
(lieu)

Le.....
(date)

Signature et tampon du médecin (avec n° d'ordre des médecins)
obligatoire pour valider le certificat médical.