



CERTIFICAT MÉDICAL

JUDO-CLUB GAILLON-AUBEVOYE

Je soussigné(e)

docteur en médecine,

certifie que (nom et prénom du judoka)

né(e) le

ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo :

☐ en club

☐ en compétition

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à

Le/...../.....

Cachet du médecin et signature