

# CERTIFICAT MEDICAL

## SAISON 20 / 20

(OBLIGATOIRE)

CACHET DU MEDECIN



A .....

Le .....

Je soussigné Docteur .....

Certifie que

Nom : .....

Prénom : .....

ne présente aucune contre-indication à la pratique du **JUDO**  
(jusqu'à 10 ans)

ne présente aucune contre-indication à la pratique du **JUDO en**  
**compétition** (pour benjamins, à partir de 10/11 ans)

**SIGNATURE**


*JUDO CLUB BRUZOIS*

# CERTIFICAT MEDICAL

## SAISON 20 / 20

(OBLIGATOIRE)

CACHET DU MEDECIN



A .....

Le .....

Je soussigné Docteur .....

Certifie que

Nom : .....

Prénom : .....

ne présente aucune contre-indication à la pratique du **JUDO**  
(jusqu'à 10 ans)

ne présente aucune contre-indication à la pratique du **JUDO en**  
**compétition** (pour benjamins, à partir de 10/11 ans)

**SIGNATURE**

*JUDO CLUB BRUZOIS*