

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES SPORTS

Je soussigné Docteur

N° D'identification

Deumeurant

Certifie avoir examiné(e)

Né(e) le

Habitant

N'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent ni contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition

Nature du sport si autre que JUDO

(judo/aïkido/jujitsu/karaté-mivim'Bo/Kendo/laïdo/Kyudo) à préciser

Sport pratiqué

Et déclare le où la susnommé(e) APTE à la pratique du/de

DE COMPÉTITION

Délivré le : Date/Heure

Signature & Cachet

COPIE DE LA LICENCE