

# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE POUR LA PRATIQUE DU JUDO JUJITSU EN COMPÉTITION

(Exemplaire Adhérent)

(À faire remplir obligatoirement par le médecin, **EN DOUBLE EXEMPLAIRE**, en remettre un au secrétariat du club, ou, au professeur, avec la fiche d'inscription, dès le premier cours. Placer le second dans le passeport sportif FFJDA, ou le garder par-devers soi, pour participer aux compétitions)

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné ce jour : Madame, Mademoiselle, Monsieur : *(rayez les mentions inutiles)*

NOM : ..... PRÉNOM : .....

*(Cochez les cases)*

- Son état de santé lui autorise la pratique du Judo - Jujitsu
- L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente pas de signe de maladies contagieuses cliniquement décelable et peut être admis en collectivité.
- L'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Judo-Jujitsu en Compétition *(case à cocher obligatoirement pour pouvoir participer aux compétitions)*.

Nombre de cases cochées : ....

FAIT à : ..... DATE : .....

SIGNATURE :

CACHET du MÉDECIN OBLIGATOIRE

# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE POUR LA PRATIQUE DU JUDO JUJITSU EN COMPÉTITION

(Exemplaire Club)

(À faire remplir obligatoirement par le médecin, **EN DOUBLE EXEMPLAIRE**, en remettre un au secrétariat du club, ou, au professeur, avec la fiche d'inscription, dès le premier cours. Placer le second dans le passeport sportif FFJDA, ou le garder par-devers soi, pour participer aux compétitions)

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné ce jour : Madame, Mademoiselle, Monsieur : *(rayez les mentions inutiles)*

NOM : ..... PRÉNOM : .....

*(Cochez les cases)*

- Son état de santé lui autorise la pratique du Judo - Jujitsu
- L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente pas de signe de maladies contagieuses cliniquement décelable et peut être admis en collectivité.
- L'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Judo-Jujitsu en Compétition *(case à cocher obligatoirement pour pouvoir participer aux compétitions)*.

Nombre de cases cochées : ....

FAIT à : ..... DATE : .....

SIGNATURE :

CACHET du MÉDECIN OBLIGATOIRE