



ASOR JUDO

CERTIFICAT MÉDICAL



Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Mr/Mme/Melle *:

Né(e) le : ___/___/___

- N'avoir constaté aucun signe contre indiquant la pratique du Judo et Jujitsu (validité un an)
- Ne présente pas de contre indications à la pratique du Judo Jujitsu en compétition (validité un an) *

(*) Rayer les mentions inutiles

Cachet du médecin

Fait à :

le :

Signature :

PASSEPORT JEUNES

CERTIFICATS MÉDICAUX Le certificat devra figurer dans le passe correspondant à la licence de la saison en cours

À COCHER PAR LE MÉDECIN

1^{re} LICENCE SPORTIVE (1)

COMPÉTITION (2)

date: _____

signature et cachet _____

COMPÉTITION (2)

date: _____

signature et cachet _____

COMPÉTITION (2)

VIGNETTES FFJDA

1^{re} SAISON
La signature du président de la FFJDA devra être apposée sur le timbre de licence post-authentifier

2^e SAISON
La signature du président de la FFJDA devra être apposée sur le timbre de licence post-authentifier

Les titulaires d'un passeport judo devront le faire compléter avec la mention « apte à pratiquer le judo en compétition », datée et accompagnée du cachet d'identification du médecin