



CLUB JUDO
FEP GRAZAILLES
1 rue du Moulin de la Seigne
11000 Carcassonne
CL 110770

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M^{me}

né(e) le (jj/mm/aaaa) : Taille: Poids:

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en Loisir

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien avec N° RPPS

Obligatoires



Fédération Française de Judo
Institut du Judo
21-25 avenue de la Porte de Châtillon
75014 PARIS