

JUDO CLUB LA GUERCHÉ

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de licence :

Je soussigné Docteur :

Atteste que l'état de santé du judoka nommé ci-dessus ne présente aucun contre indication à la pratique du judo en compétition.

Fait le :

Cachet et Signature du Docteur :

JUDO CLUB LA GUERCHÉ

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de licence :

Je soussigné Docteur :

Atteste que l'état de santé du judoka nommé ci-dessus ne présente aucun contre indication à la pratique du judo en compétition.

Fait le :

Cachet et Signature du Docteur :