



JUDO CLUB VIZERON

Place du 8 mai - 85770 VIX

E-mail : judoclubvix@gmail.com - Tél : 06 14 41 99 17

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur certifie
que : M., Mme, l'enfant ne présente aucune contre-indication
apparente à la pratique du Judo Jujitsu à l'entraînement et en compétition.

À, le :

CACHET DU MEDECIN

Signature :



JUDO CLUB VIZERON

Place du 8 mai - 85770 VIX

E-mail : judoclubvix@gmail.com - Tél : 06 14 41 99 17

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), agissant en
qualité de, autorise les responsables du Club Sportif
auquel adhère mon enfant : à prendre en cas
d'accident sérieux dans la pratique du sport, toute décision d'ordre médical et chirurgical en
mes lieu et place, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

À, le :

Signature avec la mention
"lu et approuvé"