**Fiche de renseignements**

**et certificat médical obligatoire**

Nom – Prénom : --------------------------------------------------------

Date de naissance : --------------------------------------------------------

Adresse postale : --------------------------------------------------------

Adresse mail : --------------------------------------------------------

Numéro de téléphone : --------------------------------------------------------

en cas d’urgence

|  |
| --- |
| **CERTIFICAT MEDICAL** |
| Nom – Prénom : -------------------------------------------------------Ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo / jujitsu en club et en compétition.Fait le : ------------------------------------------------------- Signature et cachet du médecin |



**Pour les compétiteurs, le passeport doit aussi être signé et tamponné par votre médecin à l’emplacement prévu**