

Nom de l'Association sportive :

CONTROLE MEDICO-SPORT

AIZENAY JUDO CLUB**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE
A LA "PRACTIQUE DES SPORTS EN COMPETITION (1)****SURCLASSEMENT (2)**Je soussigné, Docteur _____
(en lettres capitales ou cachet)

Je déclare que

Examiné M _____

M _____

Née le _____**demeurant** _____

Présentant :

1. Un bon état organique ;
2. Un bon état physiologique ;
3. Un bon équilibre morphologique,

*n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :*Est APTE à pratiquer dans la CATEGORIE D'AGE
IMMEDIATEMENT SUPERIEURE les sports suivants en compétition, sous
toutes réserves de modification de l'état actuel :

A _____ le _____ 20 _____

Signature de Médecin :

Le _____ 20 _____

Signature du Médecin

N.B – Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat

(1) Obligatoire pour tout sportif et pour toute sportive quel que soit l'âge.

(2) Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie I de la classification médico-sportive) le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements propres aux fédérations

Nom de l'Association sportive :

CONTROLE MEDICO-SPORT

AIZENAY JUDO CLUB**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE
A LA "PRACTIQUE DES SPORTS EN COMPETITION (1)****SURCLASSEMENT (2)**Je soussigné, Docteur _____
(en lettres capitales ou cachet)

Je déclare que

Examiné M _____

M _____

Née le _____**demeurant** _____

Présentant :

1. Un bon état organique ;
2. Un bon état physiologique ;
3. Un bon équilibre morphologique,

*n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :*Est APTE à pratiquer dans la CATEGORIE D'AGE
IMMEDIATEMENT SUPERIEURE les sports suivants en compétition, sous
toutes réserves de modification de l'état actuel :

A _____ le _____ 20 _____

Signature de Médecin :

Le _____ 20 _____

Signature du Médecin

N.B – Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat

(1) Obligatoire pour tout sportif et pour toute sportive quel que soit l'âge.

(2) Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie I de la classification médico-sportive) le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d'âge