



KODOKAN CLUB COURBEVOIE

PRISE DE LICENCE

LE CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Mme/M, [Prénom NOM]

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM].....

-atteste que ma fille, mon fils, est titulaire d'un certificat médical valide établissant l'absence de contre-indication à la pratique sportive (ou atteste avoir renseigné le questionnaire de santé « QS-SPORT Cerfa N°15699*01 » et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques, si le 1er certificat médical date de moins de 3 ans) :

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. du sport | <input type="checkbox"/> | (ou questionnaire médical) | <input type="checkbox"/> |
| 2. du sport en compétition | <input type="checkbox"/> | (ou questionnaire médical) | <input type="checkbox"/> |
| 3. licencié non pratiquant
(exonéré de certificat médical) | <input type="checkbox"/> | | |

-Ma fille, mon fils est inscrit (e) : Eveil Judo Judo Educatif Ecole de Judo Cadet(te)

-Jour :Horaire :Lieu :

Fait à Courbevoie le : _____ Signature du représentant légal : _____