



# JUDO CLUB MEROIS

## Suivi Certificat Médical

(à remplir en lettres capitales)

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Discipline : **Judo / Ju-Jitsu / Taïso**

Saison	Titulaire d'un Certificat Médical valable 3 ans	Attestation réponse négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire QS Sport Cerfa N° 15699*01	
2017/2018	Délivré le	Date	Signature
2018/2019		Date	Signature
2019/2020		Date	Signature
2020/2021		Date	Signature
2021/2022		Date	Signature
2022/2023		Date	Signature



2023/2024		Date	Signature
-----------	--	------	-----------