

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES,

Je soussigné(e), Docteur _____
demeurant _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M _____ né(e) le [____][____][____]
demeurant : _____

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale **à la pratique et à l'enseignement du JUDO JUJITSU.**

Observations éventuelles : _____

Fait à : _____ Le _____

Signature et cachet du médecin