

CERTIFICAT MEDICAL

Cachet du Médecin

Je soussigné, Docteur en médecine
certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté de signe clinique apparent
contre-indiquant la pratique du Judo et/ou Jujitsu
y compris dans les compétitions.

Fait à :

date :

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Cachet du Médecin

Je soussigné, Docteur en médecine
certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté de signe clinique apparent
contre-indiquant la pratique du Judo et/ou Jujitsu
y compris dans les compétitions.

Fait à :

date :

Signature