

# Certificat Médical

Saison Sportive : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_

Atteste que: M. / Mme ou l'enfant: \_\_\_\_\_

Ne présente pas de Contre Indications apparentes à la pratique du

Judo / Ju-Jitsu en Club et en Compétition

à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tampon et Signature