



## CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DU JUDO JUJITSU

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné

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