



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