

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

.....

Docteur en médecine, demeurant :

.....

Certifie avoir examiné à la date de ce jour      Mme – Mlle – Mr    :

( NOM – PRENOM ) : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Et n'avoir pas constaté de contre-indication médicale à la pratique du  
JUDO et JU JITSU en compétition.

Fait à ....., le .....

(Cachet avec n° d'inscription à l'ordre et signature du médecin obligatoires).