

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur :

(Identité du praticien).....

Certifie avoir examiné à la date de ce jour :

(Nom, prénom).....

Né(e) le : ...../...../.....

**Et n'avoir pas constaté de contre-indication médicale à la pratique du Judo, Ju-Jitsu et disciplines associées en compétition.**

Fait à ..... le : .....

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

**Rappel : le passeport sportif doit également être signé**