

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