



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné

en date du :

Mr/ Mme/ Melle :

- ✓ N'avoir constaté aucun signe contre indiquant la pratique du judo/Jujitsu
- ✓ Ne présente pas de contre-indication à la pratique du judo en compétition.

Cachet du médecin

Fait à :

Le :

Signature :