



CERTIFICAT MEDICAL 2019-2020
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU JUDO JUJITSU EN COMPETITION ET DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES,

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant : _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M _____ né(e) le [____][____][_____]

Demeurant : _____

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la
pratique **du JUDO JUJITSU EN COMPETITION ET DES A.P.S.**

Observations éventuelles : _____

Fait à : _____ Le _____

Signature et cachet du médecin