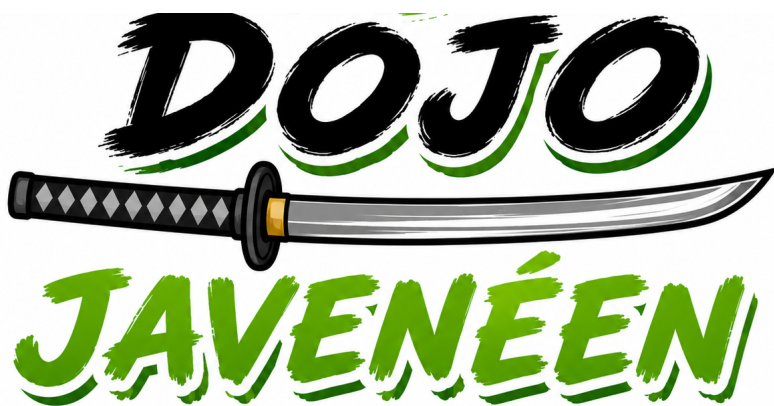




CERTIFICAT MÉDICAL

d'absence de contre-indication à la pratique du Judo et des disciplines associées

Je soussigné(e), Dr

Docteur / Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme / Enfant :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication clinique à la pratique du **JUDO / JUJITSU** (et disciplines associées).

Modalité d'exercice (cocher la ou les cases correspondantes) :

☐ **Hors compétition** (pratique en loisir / entraînement)

☐ **En compétition**

Fait à : _____, le ____ / ____ /
20____

Signature et tampon du médecin :