

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e) _____

Docteur en Médecine, exerçant à _____

Certifie avoir examiné(e) _____

né(e) le _____

Et n'avoir constaté(e), à ce jour, aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des sports suivants:

-JUDO-JUJITSU en Compétition.

-Autres. _____

Fait le _____

Signature et Cachet du Médecin