

CERTIFICAT MÉDICAL



Je soussigné(e) Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour

M. Mme Mlle l'enfant * _____

Né(e) le ___ / ___ / _____ à _____

et avoir constaté que son état de santé actuel ne présente
pas de contre-indication à la pratique de l'activité suivante *

- JUDO / JUJITSU y compris en compétition
- TAÏSO / RENFORCEMENT / CARDIO

Fait à _____ le ___ / ___ / 20____

Signature et cachet

(*) rayer les mentions inutiles

CERTIFICAT MÉDICAL



Je soussigné(e) Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour

M. Mme Mlle l'enfant * _____

Né(e) le ___ / ___ / _____ à _____

et avoir constaté que son état de santé actuel ne présente
pas de contre-indication à la pratique de l'activité suivante *

- JUDO / JUJITSU y compris en compétition
- TAÏSO / RENFORCEMENT / CARDIO

Fait à _____ le ___ / ___ / 20____

Signature et cachet

(*) rayer les mentions inutiles