



Cachet du médecin

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur .....  
certifie, après examen que :

-----

né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

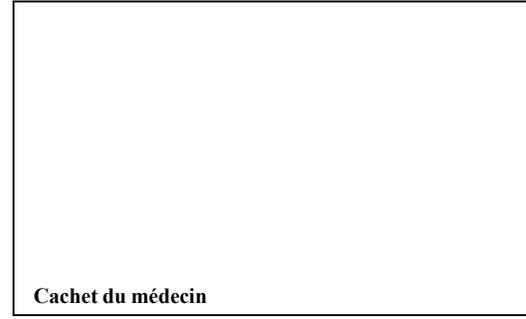
ne présente à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant  
la pratique du :

- Judo, Ju-Jitsu
- y compris en compétition
- Taïso

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 202\_\_

Signature  
du médecin :



Cachet du médecin

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur .....  
certifie, après examen que :

-----

né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

ne présente à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant  
la pratique du :

- Judo, Ju-Jitsu
- y compris en compétition
- Taïso

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 202\_\_

Signature  
du médecin :