Le certificat médical

de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités physiques et sportives

Je soussigné(e), Docteur

Adresse

Code Postal

Ville

certifie avoir examiné

Nom et Prénom

Né(e) le

A

Adresse

Code Postal

Ville

et n'avoir pas constaté , à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique et à l'enseignement du judo jujitsu

Observations éventuelles

Le

A

Signature et cachet du médecin