

Saison 2018/2019

**CERTIFICAT MEDICAL
de non contre-indication**

Je soussigné(e) Docteur en médecine :

certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

Né(e) le / /

Cochez les cases Nombre de cases cochées :

- Son état de santé lui autorise la pratique du Judo-Jujitsu
- L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente pas de signes de maladies contagieuses cliniquement décelables et peut être admis en collectivité.
- L'intéressé(e) ne présente aucune contre- indication à la pratique du Judo-Jujitsu en Compétition *(case à cocher obligatoirement pour pouvoir participer aux compétitions)*

Fait àLe / /

Cachet et signature du médecin

Saison 2018/2019

**CERTIFICAT MEDICAL
de non contre-indication**

Je soussigné(e) Docteur en médecine :

certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

Né(e) le / /

Cochez les cases Nombre de cases cochées :

- Son état de santé lui autorise la pratique du Judo-Jujitsu
- L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente pas de signes de maladies contagieuses cliniquement décelables et peut être admis en collectivité.
- L'intéressé(e) ne présente aucune contre- indication à la pratique du Judo-Jujitsu en Compétition *(case à cocher obligatoirement pour pouvoir participer aux compétitions)*

Fait àLe / /

Cachet et signature du médecin