



CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné, Docteur :

Certifie avoir examiné Mme / Melle / M :

Né(e) le :

Et n'ayant constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du judo à l'entraînement et en compétition.

Observation complémentaire :

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien