

CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que :

Mr/ Mme/l'enfant : (NOM et Prénom) _____

- ☐ Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du Judo
- ☐ Y compris en compétition

A _____ le _____

Cachet du médecin et signature