



**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION
À LA PRATIQUE DU JUDO**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

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

.....

Observations :
.....
.....

A

Le

Signature

Cachet
