

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur, certifie avoir examiné

Mme, Melle, M ou l'enfant né(e) le/...../.....

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sports suivants à l'entraînement et en compétition :

- Judo et Jujitsu
- Taïso
- Arts Martiaux Mixtes
- Ne waza
- Grappling

Date :...../...../.....
Signature et tampon