

**CERTIFICAT MÉDICAL
de NON CONTRE-INDICATION
à la pratique du JUDO JU-JITSU
en COMPÉTITION**

À _____ , le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je soussigné(e), docteur _____

certifie après l'avoir examiné(e) que M^{me}, M^{lle}, M. :

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ne présente pas de contre-indication apparente
à la pratique du judo ju-jitsu en compétition.

SIGNATURE & CACHET