



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e).....

Demeurant à

**Docteur en médecine, certifie avoir examiné le
(la) judoka(te).....**

**et n'avoir décelé aucune contre-indication à la
pratique du judo, du taïso et du ju-jitsu en
entraînement et en compétition.**

Date :...../...../.....

Signature et cachet du médecin :