

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné :

.....

Né(e) le / /

Demeurant.....

.....

.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes
apparents contre-indiquant la pratique DU JUDO EN
COMPETITION.

A le / /

Signature du médecin

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné :

.....

Né(e) le / /

Demeurant.....

.....

.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes
apparents contre-indiquant la pratique DU JUDO EN
COMPETITION.

A le / /

Signature du médecin