**CERTIFICAT MEDICAL**

**Saison 2017-2018**

**Je soussigné,**

**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 et/ou JUJISTU et/ou SELF DEFENSE et/ou TAISO à l’entrainement et en compétition.**

**Fait à :**

**Le :**

**Signature du médecin :**

**Cachet :**