

JUDO CLUB DE L'ARIZE



CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2019-2020

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'entraînement et en compétition.

Fait à :

Le :

Signature du médecin :

Cachet :