

**JUDO CLUB DE L'ARIZE**



---

## **CERTIFICAT MÉDICAL**

**Saison 2023-2024**

---

**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 JIJITSU et/ou TAÏSO à l'entraînement et en compétition.**

**Fait à :**

**Le :**

**Signature du médecin :**

**Cachet :**

**JUDO CLUB ARIZE**