



SAISON 20..... - 20.....

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ARTS MARTIAUX
ET DU JUJITSU SELF-DEFENSE

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie après examen, que M, Mme, Mlle, l'enfant :

<u>NOM</u> :	<u>PRENOM</u> :
---------------------	------------------------

Né(e) le : / /

Oui Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du Jujitsu Self-Défense

Oui Y compris en compétition

..... Indiquer le nombre de cases cochées

Observations particulières :

.....

.....

Fait à :

Le : / /

Signature :

Cachet du médecin obligatoire