

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 :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : / /

Oui L'intéressé(e) est en bonne santé et ne présente aucun signe de maladies contagieuses cliniquement décelables et peut être admis en collectivité

Oui Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du Jujitsu self-défense et peut pratiquer en ENTRAINEMENT, en COMPETITION et en ANIMATION

..... Indiquer le nombre de cases cochées

Observations particulières :

.....

.....

Fait à :

Le : / /

Signature :

Cachet du médecin obligatoire