Certificat Médical

Je soussigné(e).....
Docteur en médecine,
demeurant à ….....
certifie avoir examiné ….....
né(e) le ….....
et n'avoir décelé à ce jour, aucune contre indication apparente à la pratique du judo de compétition.

Date : ….....

Cachet et signature du médecin

Certificat Médical

Je soussigné(e).....
Docteur en médecine,
demeurant à ….....
certifie avoir examiné ….....
né(e) le ….....
et n'avoir décelé à ce jour, aucune contre indication apparente à la pratique du judo de compétition.

Date : ….....

Cachet et signature du médecin