

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE POUR LA PRATIQUE DU JUDO - JUJITSU

(A faire remplir obligatoirement par le médecin de votre choix et à remettre au secrétariat du club JP2S avec le dossier d'inscription **dès le premier cours.**)

Je soussigné(e) Docteur en médecine :

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Mademoiselle, Monsieur :

NOM :

PRENOM :

Né(e) Le

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant pratique du JUDO - JUJITSU.

L'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Judo – Jujitsu **y compris en compétition.**

(Case à cocher obligatoirement pour pouvoir participer aux compétitions)

Nombres de cases cochées :

FAIT à DATE

SIGNATURE :

CACHET DU MEDECIN
Obligatoire