

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE POUR LA PRATIQUE DU JUDO – JUJITSU / TAÏSO

(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.

☐ Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant La pratique du TAÏSO.

☐ 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