

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

Je soussigné(e) Docteur en médecine :

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Monsieur :

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) Le .....

☐

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

☐

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signe clinique  
apparent contre-indiquant la pratique du TAÏSO.  
(entretien physique, gymnastique et renforcement musculaire)

FAIT à ..... DATE .....

(Datant de moins de six mois)

SIGNATURE :

CACHET DU MÉDECIN  
Obligatoire