



SAISON 2024-2025



Certificat médical de non contre-indication
À la pratique du judo/ju-jitsu

Je soussigné.....Docteur en médecine, après avoir
examiné :

Nom : Prénom :

Né(e) le : __ / __ / ____ Poids :kg

Certifie que son état de santé ne présente pas de contre-indication cliniquement
décelable à la pratique du JUDO / JU-JITSU, en loisirs, à l'entraînement **et/ou**
en compétition.

Fait à : Signature et cachet du Médecin :

Date :



SAISON 2024-2025



Certificat médical de non contre-indication
À la pratique du judo/ju-jitsu

Je soussigné.....Docteur en médecine, après avoir
examiné :

Nom : Prénom :

Né(e) le : __ / __ / ____ Poids :kg

Certifie que son état de santé ne présente pas de contre-indication cliniquement
décelable à la pratique du JUDO / JU-JITSU, en loisirs, à l'entraînement **et/ou**
en compétition.

Fait à : Signature et cachet du Médecin :

Date :