

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° Tél :

Email :

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE :

Date :

CERTIFIE AVOIR EXAMINE : Mr, Mme,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents, contre indiquant la pratique

du Judo : à l'entraînement.

En compétition.

DOCTEUR :

Signature et cachet

JUDO FUJI-KAÏ GAILLAC

Tel 06.25.30.17.53 fujikaig@gmail.com

