

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____ atteste que

M, Mme, Mlle, l'enfant _____

→ **CLUB**

est apte à la pratique du JUDO JUJITSU **en club**

Date : _____ signature et tampon

→ **COMPETITION**

ne présente pas de contre indication
à la pratique du JUDO JUJITSU **en compétition**

Date : _____ signature et tampon

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____ atteste que

M, Mme, Mlle, l'enfant _____

→ **CLUB**

est apte à la pratique du JUDO JUJITSU **en club**

Date : _____ signature et tampon

→ **COMPETITION**

ne présente pas de contre indication
à la pratique du JUDO JUJITSU **en compétition**

Date : _____ signature et tampon