



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le 

--	--

--	--

--	--	--	--

Ne présente pas à ce jour de contre-indication, cliniquement apparente, à la pratique du Judo y compris en compétition.

En application de l'article L231-2 du code du sport, la validité du présent certificat est d'une année.

Fait à ....., le 

--	--

--	--

2	0	2	
---	---	---	--

Signature et cachet