



Certificat médical

Je, soussigné(e) , Docteur _____

Délivre à Monsieur, Madame _____

Un certificat de non contre-indication de la pratique du judo en compétition.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Date : _____

Signature et cachet du médecin

Siège Social : Dojo Guy Dupuis, 22 rue des Cressonnières -95210 SAINT GRATIEN

Association d'Intérêt Général régie par la loi de 1901

SIRET 352 133 508 00023 - APE 926 C

Agrément Jeunesse et Sports 95 90 S 04