



**JUDO CLUB DE BRIE**  
329 rue du Bourg  
16590 BRIE

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mme, Melle, Mr\*.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition.

**JUDO      TAISO\***

Fait à .....le .....

Signature

Cachet

\* rayer la mention inutile



**JUDO CLUB DE BRIE**  
329 rue du Bourg  
16590 BRIE

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mme, Melle, Mr\*.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition.

**JUDO      TAISO\***

Fait à .....le .....

Signature

Cachet

\* rayer la mention inutile



**JUDO CLUB DE BRIE**  
329 rue du Bourg  
16590 BRIE

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mme, Melle, Mr\*.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition.

**JUDO      TAISO\***

Fait à .....le .....

Signature

Cachet

\* rayer la mention inutile



**JUDO CLUB DE BRIE**  
329 rue du Bourg  
16590 BRIE

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mme, Melle, Mr\*.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition.

**JUDO      TAISO\***

Fait à .....le .....

Signature

Cachet

\* rayer la mention inutile