



# Certificat médical BSC Judo

Saison 20.... - 20....



Je, soussigné(e) docteur

.....

certifie que Mr, Mme (Nom / Prénom)

.....

né(e) le .....

ne présente aucune contre indication médicale à la

pratique du  $\left\{ \begin{array}{l} \text{JUDO} \\ \text{JUJITSU} \\ \text{TAÏSO} \end{array} \right\}$  y compris en compétition.

Fait à ....., le .....

Signature et tampon du médecin :



# Certificat médical BSC Judo

Saison 20 .... - 20....



Je, soussigné(e) docteur

.....

certifie que Mr, Mme (Nom / Prénom)

.....

né(e) le .....

ne présente aucune contre indication médicale à la

pratique du  $\left\{ \begin{array}{l} \text{JUDO} \\ \text{JUJITSU} \\ \text{TAÏSO} \end{array} \right\}$  y compris en compétition.

Fait à ....., le .....

Signature et tampon du médecin :