

CERTIFICAT MEDICAL

Absence de contre - indication à la pratique du JU JITSU

Je soussigné (e) _____

Docteur en médecine certifie avoir examiné _____

né (e) le _____

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre - indiquant

la pratique du **JU JITSU** (entrainement)

Fait à _____

le, _____ / _____ / _____

Cachet du médecin

Signature du médecin

