

## C.Q.P. M.A.M. OPTION JUDO

### CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES,

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M \_\_\_\_\_ né(e) le [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_\_]

demeurant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique  
et à l'enseignement du JUDO JUJITSU.

Observations éventuelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin