



Certificat médical
ASM 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 y compris en
compétition du : JUDO-JUJITSU-TAÏSO

Fait à, le

Signature et tampon du médecin :

ASM Section Judo
8 rue de Trivaux
92190 Meudon



Certificat médical
ASM 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 y compris en
compétition du : JUDO-JUJITSU-TAÏSO

Fait à, le

Signature et tampon du médecin :

ASM Section Judo
8 rue de Trivaux
92190 Meudon