



JUDO CLUB DE RUEIL MALMAISON



CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2020-2021

Je soussigné,

Docteur.....

Certifie avoir examiné

Mme, Melle, M.....

Né(e) le/...../.....

Et n'ayant pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du **JUDO OU JU JITSU à l'entraînement et en compétition.**

Fait à :.....

Le :.....

Signature du médecin

Cachet