



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné.e Dr, Docteur en médecine, certifie que

l'examen de M/Mme

Date de naissance :, Age :

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique en loisir et compétition du :

- Judo
- JJB
- Grappling
- MMA

Certificat établie à

Date :

Signature du médecin :

Tampon du médecin :