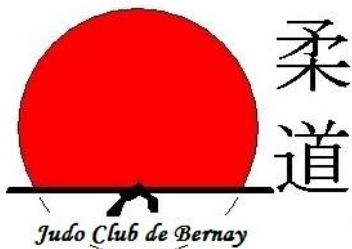


CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL
A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné Docteur
certifie avoir examiné Mlle, Mme, M. ,
né (e) le appartenant à l'association sportive
JUDO CLUB BERNAY, et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques
apparents **contre-indiquant la pratique du Judo – Jujitsu en compétition.**

Date :

Cachet / Signature :



CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL
A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné Docteur
certifie avoir examiné Mlle, Mme, M. ,
né (e) le appartenant à l'association sportive
JUDO CLUB BERNAY, et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques
apparents **contre-indiquant la pratique du Judo – Jujitsu en compétition.**

Date :

Cachet / Signature :