



Certificat Médical

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

Je soussigné(e)....., docteur en  
médecine, certifie avoir examiné ce  
jour ..... qui ne présente aucune :  
contre indication à la pratique du judo, ni  
Non contre indication à la compétition.

Observations particulières éventuelles :

.....  
.....

Fait à....., le .....

Cachet du  
médecin