

**Certificat Médical de non-contre-indication à la pratique du Judo-Taïso.**

Saison Sportive 2017 / 2018

Je soussigne Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie que M., Mme, Mlle : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Ne présente aucune contre indication, à la pratique du Judo / Taïso en compétition.**

Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signature et cachet professionnel :**