



**CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE INDICATION  
À LA PRATIQUE DU JUDO  
SAISON 2018-2019**

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr .....

Né(e) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la  
pratique du **judo à l'entraînement et en compétition** :

Observations : .....  
.....  
.....  
.....

A .....

Le .....

Signature

Cachet