



# GHISONACCIA JUDO

---

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) ..... Docteur en

médecine, Après avoir examiné ce jour .....

Mme, M, l'enfant. ....

Né(e) le ...../...../.....

Certifie après examen que son état de santé actuel :

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique du judo :

En compétition et en loisir

En loisir uniquement

Date :

Signature et cachet