

Attestation de non contre-indication à la pratique du Judo

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Licence n° :

et ne pas avoir constaté, lors de l'examen, de signe apparent de contre-indication à la pratique du Judo.

Fait à :

Le (LISIBLEMENT) :

Cachet et signature :