

A.....Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné
Docteur.....
certifie que l'état de santé de

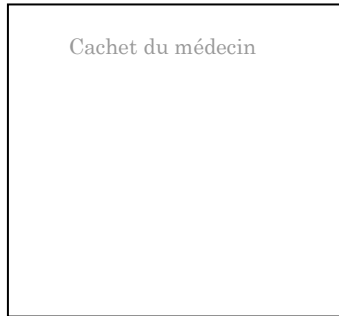
Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Ne présente pas de contre indication à la pratique du judo en compétition. Dont certificat remis en main propre

Signature du Médecin



A.....Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné
Docteur.....
certifie que l'état de santé de

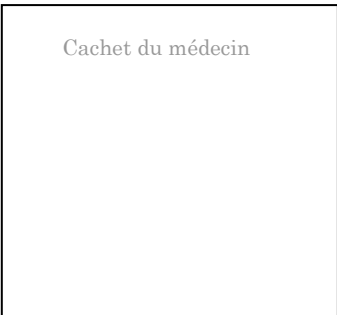
Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Ne présente pas de contre indication à la pratique du judo en compétition. Dont certificat remis en main propre

Signature du Médecin



A.....Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné
Docteur.....
certifie que l'état de santé de

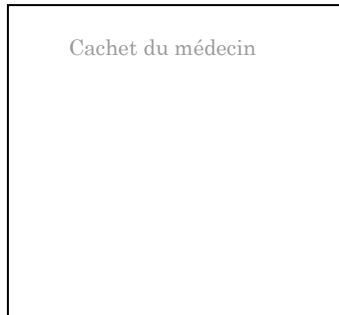
Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Ne présente pas de contre indication à la pratique du judo en compétition. Dont certificat remis en main propre

Signature du Médecin



A.....Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné
Docteur.....
certifie que l'état de santé de

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Ne présente pas de contre indication à la pratique du judo en compétition. Dont certificat remis en main propre

Signature du Médecin

