

cachet du médecin

à.....

le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

atteste pour M, Mme,

l'absence de contre-indication à la pratique du ou des sport(s) suivant(s) :

<i>Badminton</i>
<i>Basket</i>
<i>Danse</i>
<i>Judo/Jujitsu, kendo et disciplines associées y compris en compétition</i>
<i>Karaté et des disciplines associées y compris en compétition</i>
<i>Musculation</i>
<i>Remise en forme</i>

Nombre de cases cochées

Signature du médecin