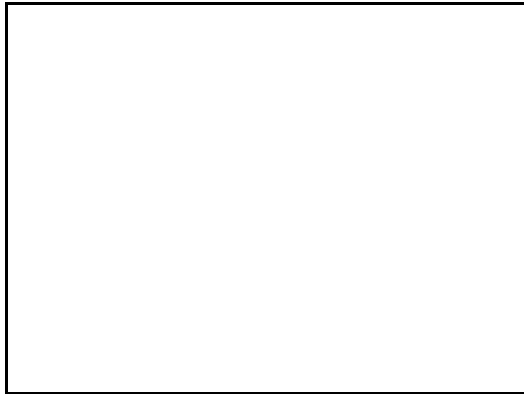


CERTIFICAT MEDICAL

CACHET DU MEDECIN :



Je soussigné, Docteur

certifie, après examen, que

Nom :

Prénom :

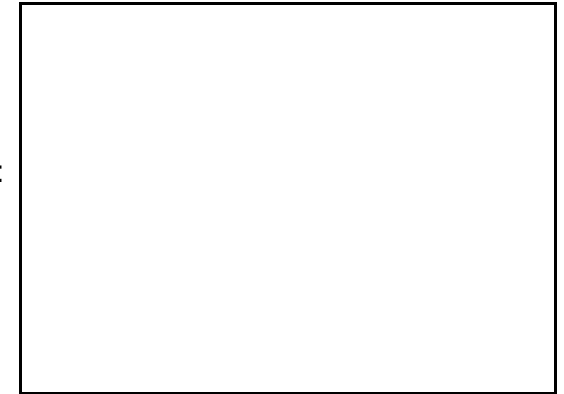
**ne présente aucune contre-indication
à la pratique du judo en compétition.**

Fait à : _____ , le : / / **2020**

Signature du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL

CACHET DU MEDECIN :



Je soussigné, Docteur

certifie, après examen, que

Nom :

Prénom :

**ne présente aucune contre-indication
à la pratique du judo en compétition.**

Fait à : _____ , le : / / **2020**

Signature du médecin :