



CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL

Je soussigné Docteur:
demeurant à:

certifie avoir examiné M
né le:
demeurant à:

et n'avoir constaté à la date de ce jour aucun signe clinique apparent
contre indiquant la pratique du sport:
Judo en compétition.

Fait à:
le:
Signature du médecin