



**Certificat médical**  
**ASM Judo**  
**Saison 20.... - 20....**

Je, soussigné(e) docteur .....

certifie que Mr, Mme (Nom / Prénom)

.....

né(e) le .....

ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique y compris en  
compétition du : JUDO-JUJITSU-TAÏSO

Fait à ....., le .....

Signature et tampon du médecin :

ASM Section Judo  
8 rue de Trivaux  
92190 Meudon



**Certificat médical**  
**ASM Judo**  
**Saison 20 .... - 20....**

Je, soussigné(e) docteur.....

certifie que Mr, Mme (Nom / Prénom)

.....

né(e) le .....

ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique y compris en  
compétition du : JUDO-JUJITSU-TAÏSO

Fait à ....., le .....

Signature et tampon du médecin :

ASM Section Judo  
8 rue de Trivaux  
92190 Meudon