

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

**Je soussigné, Docteur
certifie avoir examiné Mlle, Mme, M.....
né(e) le appartenant à l'association
sportive JUDO CLUB de PACY SUR EURE et n'avoir pas constaté,
à la date de ce jour , de signes cliniques apparemment contre-
indiquant la pratique du JUDO JU-JITSU en compétition**

Date

Cachet