

CERTIFICAT MEDICAL
DOSSIER D'INSCRIPTION AU BPJEPS
ACTIVITÉS DE JUDO JU-JITSU
(Article A. 212-178 du code du sport)

Je soussigné(e) Dr certifie avoir examiné
M. ou Mme qui ne présente pas ce
jour de contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement
des activités de judo ju-jitsu.

Date ____ / ____ / ____

Signature :

Nom :
Prénom :
Qualification(s) :
Adresse :
Téléphone :
N°ADELI :