



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Docteur

certifie avoir examiné

né(e) le

et l'avoir reconnu apte à la pratique du karaté en entraînement régulier et en compétition.

Fait à le / /

*Pour être valable, ce certificat doit être postérieur au **31/07**.*

Signature et cachet du médecin :