ASSOCIATION FRANCOPHONE DE JU-JITSU .

ATTESTATION MEDICALE A LA PRATIQUE DU JU-JITSU. ***(Exemplaire destiné à l'AFJJ et au contrôle ADEPS.)***

N°LICENCE :..... **CLUB :**..... **n°**.....

NOM :..... **PRENOM :**..... **SEXE : M / F**

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... **ADRESSE :** .....

NATIONALITE : ..... **LOCALITE :** ..... **Code postal :** .....

Téléphone : ..... Grade JJ : ..... Degré JJ : ..... Titres pédagogiques : .....

A remplir par le médecin examinateur.

Je soussigné, docteur en médecine, affirme par la présente que le Ju-Jitsuka dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du Ju-Jitsu. Signature et cachet du médecin examinateur

Lieu et date : .....

==========

ASSOCIATION FRANCOPHONE DE JU-JITSU .

ATTESTATION MEDICALE A LA PRATIQUE DU JU-JITSU. ***(Exemplaire destiné au secrétariat du club.)***

N°LICENCE :..... **CLUB :**..... **n°**.....

NOM :..... **PRENOM :**..... **SEXE : M / F**

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... **ADRESSE :** .....

NATIONALITE : ..... **LOCALITE :** ..... **Code postal :** .....

Téléphone : ..... Grade JJ : ..... Degré JJ : ..... Titres pédagogiques : .....

A remplir par le médecin examinateur.

Je soussigné, docteur en médecine, affirme par la présente que le Ju-Jitsuka dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du Ju-Jitsu. Signature et cachet du médecin examinateur

Lieu et date : .....

==========

ASSOCIATION FRANCOPHONE DE JU-JITSU .

ATTESTATION MEDICALE A LA PRATIQUE DU JU-JITSU. ***(Exemplaire destiné au ju-jitsuka à joindre à la licence assurance.)***

N°LICENCE :..... **CLUB :**..... **n°**.....

NOM :..... **PRENOM :**..... **DATE DE NAISSANCE :** ...../...../..... **SEXE : M / F**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme par la présente que le Ju-Jitsuka dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du Ju-Jitsu Signature et cachet du médecin examinateur

Lieu et date : .....