

Ju-Jutsu Traditionnel Méthode « Wa-Jutsu »

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION MEDICALE

À faire remplir par votre médecin référent pour solliciter l'inscription dans un club reconnu par l'A.E.J.T.

Docteur,

Vous suivez régulièrement votre patient et vous le connaissez dans sa globalité. Vous êtes en conséquence le mieux placé pour déterminer, s'il existe pour lui des incompatibilités ou des réserves dans ses aptitudes à la pratique sportive.

Nous vous demandons de remplir ce certificat médical qui lui est demandé, dans le cadre de la pratique du Ju-Jitsu traditionnel, méthode « Wa-Jutsu » (**Art martial non compétitif à but non violent**).

NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le ___/___/_____

ADRESSE : _____

Tél : _____ GSM : _____

CLUB : _____ Stade des valeurs _____

ACTIVITE SPORTIVE NON CONTRE INDIQUEE

Activité sportive non contre indiquée, mais avec des réserves médicales à la pratique d'un sport.

Je vous signale, avec l'accord de mon patient, la présence d'un traitement au long cours et/ou le patient est porteur d'une maladie chronique.

ACTIVITE SPORTIVE CONTRE INDIQUEE

Ce certificat doit être remis à votre club, obligatoirement avant la première séance de pratique (hors séance d'essai)

NOM, cachet et signature du Médecin

Date obligatoire d'établissement du certificat

Le