

**C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au pratiquant****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au club****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au C.N.C.N.F.B****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au pratiquant****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au club****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au C.N.C.N.F.B****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au pratiquant****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au club****C.N.C.N.F.B association sans but lucratif**

Rue de Forchies, 113 6182 Souvret tél: 071/46.09.39

Club: ..... n° .....

Nom &amp; Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / ..... Licence n° .....

Groupe sanguin: .....

**ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU BUDO  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR**

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que le membre dont l'identité est reprise ci-dessus, a subi l'examen médical et est déclaré apte à la pratique du : (biffer la mention inutile)

**\* JUDO-KARATE-TAI-JITSU-JU-JITSU-AIKIDO-JITSU**

Signature et cachet du médecin examinateur:

.....

Lieu et date : .....

**exemplaire réservé au C.N.C.N.F.B**