

FEDERATION FRANCOPHONE DE JU-JITSU .

ATTESTATION MEDICALE A LA PRATIQUE DU JU-JITSU. (Exemplaire destiné à la FFJJ 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

- A pris connaissance du ROI

Lieu et date :

FEDERATION 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

- A pris connaissance du ROI

Lieu et date :

FEDERATION 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 :