



**CERTIFICAT MEDICAL DE SURCLASSEMENT**

**De Catégorie d'âge**

**JUDO-JUJITSU**

**Saison sportive : 20..... /20.....**

**RAPPEL :**

Tout surclassement d'âge est subordonné à l'établissement préalable d'un certificat médical de non contre-indication à ce surclassement, datant de moins de 120 jours.

Je soussigné, Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour M .....

Né le : / /

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique du judo et/ou du jujitsu en compétition dans la catégorie d'âge : JUNIORS**

N° de Licence FFJDA : .....

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet du Médecin