



Certificat Médical

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour,

M. / M^{me}

né(e) le :

à

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique de l'Aïkido.

Date :

Signature et tampon du praticien :
(obligatoires)

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AÏKIDO ET DE BUDO - AÏKIKAI DE FRANCE

Place des Allées
83149 BRAS

Tél. 04 98 05 22 28
Fax 04 94 69 97 76

ffab.aikido@wanadoo.fr
www.ffabaikido.fr/

Agrément ministériel Jeunesse et Sports N° 06 S 83 du 7 octobre 1985 et du 3 décembre 2004
Association reconnue d'utilité publique