

**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

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

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 : .....