



CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

A faire remplir par le médecin traitant du pratiquant et à remettre au Président du Club Aïkido l'Harmonie asbl.

Le pratiquant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Je soussigné,, Docteur en médecine,
déclare avoir examiné la personne précitée et confirme que celle-ci est apte à pratiquer
l'Aïkido et le Kendo.

Fait à

Date:/...../..... Cachet du médecin.



Nom , Prénom:.....

Je soussigné,, Docteur en médecine,
déclare avoir examiné la personne précitée et confirme que celle-ci est apte à pratiquer
l'Aïkido et le Kendo.

Fait à

Date:/...../..... Cachet du médecin

Aïkido Club L'Harmonie ASBL,
Bruxelles, rue Philippe Lebon, 15 1000 Bruxelles GSM : 0475/97 63 86
Aikido.harmonie.bxl@gmail.com / www.aikidolharmonie.com