



## 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