

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M. Mme _____,

Date de naissance : _____ Âge : _____

**NE RELÈVE PAS DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU TAEKWON-DO WT
(fftda) DE LOISIR ET DE COMPÉTITION**

Certificat établi à _____,

Date : _____

Signature et cachet du Médecin :

