

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M. Mme Mlle \_\_\_\_\_,

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

**NE RELÈVE PAS DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU TAEKWON-DO ITF  
DE LOISIR ET DE COMPÉTITION**

Certificat établi à \_\_\_\_\_,

Date : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du Médecin :

