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 :

Ce certificat n'est à fournir que par les adhérents qui ne possèdent pas encore le passeport sportif de la ligue !