



# Association Taekwon-Do ITF de Strasbourg

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

Nom ou cachet

Certifie que M.....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du:

- Taekwon-Do en loisirs
- Taekwon-Do en compétition

Précisions:

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le:

*Ce certificat médical est valable 1 an pour la saison sportive en cours.*

