

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION**

Je soussigné, Docteur ………………………………………………………………..

Certifie avoir examiné :

Nom …………………………………………………………….………………………

Prénom ……………………………………………………….………………………..

Né(é) le : ……………………………………………………………………………….

Après examen, atteste que l’intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre- indication à la pratique du Jiu-Jitsu Brésilien en compétition.

Date  Cachet du médecin  Signature

**RAPPEL :**

Le certificat médical est une obligation légale conformément aux articles 8 et 9 du Règlement médical fédéral pris en application des articles L231-2 et L231-3 du Code du sport.

La production d’un certificat médical attestant l’absence de contre-indication à la pratique de l’activité des sports statutaires est exigée lors de la première délivrance de licence et valable trois ans..

La participation aux compétitions est subordonnée à la présentation d’une licence sportive portant attestation de la délivrance d’un certificat médical mentionnant l’absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition.