

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
attestant de l'absence de contre-indication à la  
pratique de l'Aïkido, de l'Aïkibudo ou du Kinomichi

Édition : 19 juillet 2017

Je soussigné(e) Dr. \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour, M/Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

et n'avoit constaté aucune contre-indication à la pratique :

- de l'Aïkido
- de l'Aïkibudo
- du Kinomichi
- du Sport

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :