



CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION MÉDICALE

à faire remplir par votre médecin référent pour solliciter l'inscription dans un club reconnu par l'A.E.J.T

Docteur,

Vous suivez régulièrement votre patient et vous le connaissez dans sa globalité. Vous êtes en conséquence le mieux placé pour déterminer en fonction des contre-indications que vous trouverez ou dos de la feuille, s'il existe pour lui des incompatibilités ou des réserves dans ses aptitudes à la pratique sportive. Nous vous demandons de remplir ce certificat médical qui lui est demandé dans le cadre de la pratique du Ju-Jutsu Traditionnel, méthode Wa-Jutsu (Art martial non compétitif, à but non violent).

Merci, de cocher selon le cas, bien sur dans le respect de votre obligation médicale.

En cas d'impossibilité, il est alors préférable de cocher la contre-indication.

Ces pathologies chroniques et les traitements au long cours, sont à apprécier en relation avec les capacités nécessaires.

JACQUES JEAN QUERO

Professeur de Judo, Jujitsu et méthodes de combats assimilés

Diplômé d'état 2^{ème} degré

Titulaire du brevet de maitre décerné au Japon

Tél: 04.67.47.38.19 - **Fax:** 04.67.47.54.85

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : **Club :** **CREGY-LES-MEAUX**

Adresse :

Stade des valeurs : **Tél :** **Fax :**

Activité sportive non contre indiquée

Activité sportive non contre indiquée, mais avec des réserves médicales à la pratique d'un sport :

Je vous signale avec l'accord de mon patient, la présence d'un traitement au long cours et/ou le patient est porteur d'une maladie chronique :

Activité sportive contre indiquée :

Ce certificat doit être remis à votre club, obligatoirement avant la première séance de pratique – (hors séance d'essai)

En cas de doute, si le club ne sait pas se prononcer malgré le cadre de pratique défini dans le règlement de l'école A.E.J.T, vous devez faire parvenir au siège de l'A.E.J.T, une demande d'avis accompagné d'une lettre du médecin sous pli confidentiel expliquant le contexte médical de la personne souhaitant pratiquer.

Date : _____

Nom, cachet et signature du médecin