

# Adhésion MDS DIJON

Saison 2020 - 2021

NOM :

PRENOM :

---

## **CERTIFICAT MEDICAL**

*Je soussigné, docteur :*

*Déclare avoir examiné (Prénom – Nom) :*

*Et certifie que celui-ci ou celle-ci ne présente aucune contre indication  
à la pratique des Arts Martiaux, du Silat Defence System et du Mastro Defence System.*

*Date*

*Cachet*

*Signature*

---

**A conserver durant toute la saison**