



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

Edition : 3 juillet 2017

Je soussigné(e) Dr. \_\_\_\_\_

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

Né(e) le \_\_\_\_\_

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

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

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :