



# CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

A faire remplir par le médecin traitant du pratiquant et à remettre au comité du Club HEIHOKAN ASBL

**Le pratiquant :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date et lieu de naissance : .....

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e),.....,

Docteur en médecine, déclare avoir examiné la personne précitée et confirme que celle-ci est apte à pratiquer l'Aïkido et/ou le Katori Shinto Ryu (école de sabre japonais).

Fait à .....

Date : ...../...../..... Cachet du médecin.

ASBL HEIHOKAN, Rue Hacboister 40 à 4653 Bolland –Christophe Gester 0499/29.00.39 – Amélie Basteyns : 0499/24.45.94 – Michael Depauw : 0498/42.00.10

Site web : <http://www.heihokan.be> - Facebook: <https://www.facebook.com/heihokan/> - Mail : [heihokan@gmail.com](mailto:heihokan@gmail.com)