



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