

# ACADEMIE EUROPEENNE DE JIJITSU TRADITIONNEL

*École d'activités physiques et sportives légalement déclarée auprès du Ministère de la Jeunesse et des Sports Français.*

*Secrétariat : 1 bis chemin de Puech-Long 34430 SAINT-JEAN-DE-VEDAS*

## **CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE A L'INSCRIPTION DANS UN CLUB AFFILIE A L'A.E.J.T.**

**Adresser à :** Docteur LE GORREC Jacques 1 bis chemin de Puech-Long 34430 SAINT-JEAN-DE-VEDAS

Mon Cher Confrère,

Vous suivez régulièrement votre patient et vous le connaissez dans sa globalité. Vous êtes en conséquence le mieux placé pour déterminer ses capacités à pratiquer un sport et remplir ce certificat médical qui lui est demandé, dans le cadre du Ju-Jitsu Traditionnel (Art-Martial non compétitif à but non violent).

Les pathologies chroniques que votre patient présente, ses traitements au long cours, sont indispensables à connaître pour apprécier ses possibilités dans la pratique de l'Art-Martial. Je vous remercie par avance pour la précision que vous en apporterez.

En cas de nécessité, si vous le jugez utile, vous pouvez me contacter, ou contacter le Dr. KOSTEK Pierre, par téléphone, par fax, ou par courriel.

Bien confraternellement

Dr LE GORREC Jacques  
*Président de la Commission Médicale A.E.J.T.*

**Dr LE GORREC :**

Tél : 06 68 30 90 67

Fax : 05 63 53 11 11

Courriel : [j.le-gorrec@wanadoo.fr](mailto:j.le-gorrec@wanadoo.fr)

**Dr KOSTEK :**

Tél : 03 23 99 00 33

Fax : 03 23 58 15 82

Courriel : [dr.pierre.kostek@wanadoo.fr](mailto:dr.pierre.kostek@wanadoo.fr)

ou : [pierre.kostek@medical02.apicrypt.org](mailto:pierre.kostek@medical02.apicrypt.org)

**NOM :** \_\_\_\_\_ **prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CLUB :** \_\_\_\_\_ **Stade des valeurs :** \_\_\_\_\_

### **RESERVES MEDICALES A LA PRATIQUE D'UN SPORT TRAITEMENT AU LONG COURS**

Vous cochez ce paragraphe si votre patient est porteur d'une maladie chronique et/ou sujet à un traitement au long cours. Veuillez alors, sur courrier séparé, établir un certificat médical détaillé des pathologies concernées et des traitements suivis par votre patient.

Nous vous remercions à l'avance de nous faire parvenir ce certificat sous pli confidentiel au :

**Médecin de l'A.E.J.T. 1 bis chemin de Puech-Long 34430 SAINT-JEAN-DE-VEDAS**

**ACTIVITE SPORTIVE NON CONTRE INDIQUEE** .....

**ACTIVITE SPORTIVE CONTRE INDIQUEE** .....

Date : \_\_\_\_\_

NOM, cachet et signature du Médecin :

**Fiche de renseignements sur les capacités à pratiquer**

**Selon la 2<sup>ème</sup> Formule**

*Vous souhaitez pratiquer selon la 2<sup>ème</sup> formule ou vous présenter à un examen A.E.J.T. en 2<sup>ème</sup> formule car vous constatez que vos capacités physiques ne sont pas adaptées à l'effort demandé à l'organisme pour se présenter en première formule.*

*Vous devez **justifier** votre demande en remplissant précisément le document ci-dessous ; vous devez joindre ce formulaire au **certificat médical de non contre-indication en 2<sup>ème</sup> formule** rempli par votre médecin traitant, indispensable pour se présenter à tout examen A.E.J.T.*

**NOM :** \_\_\_\_\_ **prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CLUB :** \_\_\_\_\_ **Stade des valeurs :** \_\_\_\_\_

- **Etes-vous facilement essoufflé(e) en pratiquant le Jujitsu Traditionnel ? .....**
- **Quels sont les mouvements que vous ne pouvez pas exécuter ? .....**  
.....  
.....
- **Quelles sont les techniques impossibles à effectuer pour vous ? .....**  
.....  
.....
- **Avez-vous des difficultés à descendre au sol ? .....**  
.....  
.....
- **Précisions sur vos handicaps physiques :**  
.....  
.....

Date : .....

Signature du candidat :