CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRACE ET DISCIPLINES ASSOCIEES EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »

Je soussigné·e, Docteur .....*(en lettres capitales)*

certifie avoir examiné M./Mme .....

Né (e) le :.....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contreindiquant la pratique de l'entraînement, du loisir et des compétitions « Educatif, Assaut et light » en kickboxing, muaythai, pancrace et leurs disciplines associées.

Fait à :..... le :.....

Signature et cachet du médecin :