CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRACE ET DISCIPLINES ASSOCIEES
(pratique en compétition avec KO autorisé)

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 contre indiquant la pratique du kickboxing, du muaythai, du pancrace et de leurs disciplines associées en combat (pratique en compétition avec KO autorisé).

Fait à :..... le :.....

Signature et cachet du médecin