

**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