



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU
KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRACE ET DISCIPLINES ASSOCIÉES 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 :