



CERTIFICAT MÉDICAL PRÉALABLE À LA PRATIQUE SPORTIVE

Je, soussigné(e) Docteur en Médecine certifie que :

NOM PRENOM

Né(e) le à

Poids Taille

Ne présente à ce jour aucun signe apparent contre-indiquant la pratique à l'entraînement comme en compétition de (cocher la ou les cases correspondantes) :

Savate Boxe Française Kick Boxing K1 Rules Muay Thai Full Contact

Culture physique / Circuit Training / Cross Training

Date

Signature et cachet du praticien