



CERTIFICAT MÉDICAL PRÉALABLE À LA PRATIQUE SPORTIVE

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

NOM :PRENOM :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Ne présente à ce jour, aucun signe apparent contre-indiquant la pratique à l'entraînement comme en compétition de :

Savate Boxe Française Kick Boxing K1 Rules Muay Thaï Full Contact (cocher la case correspondante)

Date :/...../.....

Signature et Cachet du Praticien



CERTIFICAT MÉDICAL PRÉALABLE À LA PRATIQUE SPORTIVE

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

NOM :PRENOM :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Ne présente à ce jour, aucun signe apparent contre-indiquant la pratique :

Savate Bâton Défense Boxe Tonic Circuit Training/Culture Physique (cocher la case correspondante)

Date :/...../.....

Signature et Cachet du Praticien