



Saison 2025-2026

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur
certifie qu'après examen,
né(e) le ne présente pas de contre-indication à la
pratique en cours et **en compétition*** du :

- ☐ **Karaté***,
- ☐ **Street Fight Défense*** (Self Defense)
- ☐ **Full Contact*** (Boxe Américaine)
- ☐ **Cardio Fitness***

Fait à :

le :

Cachet et signature :

**rayez la mention inutile*



Saison 2025-2026

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur
certifie qu'après examen,
né(e) le ne présente pas de contre-indication à la
pratique en cours et **en compétition*** du :

- ☐ **Karaté***,
- ☐ **Street Fight Défense*** (Self Defense)
- ☐ **Full Contact*** (Boxe Américaine)
- ☐ **Cardio Fitness***

Fait à :

le :

Cachet et signature :

**rayez la mention inutile*